

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA

*Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura en Psicología*

**EFICACIA DE LA TERAPIA DIALÉCTICA
CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE
PERSONAS CON EL TRASTORNO LÍMITE
DE PERSONALIDAD: REVISIÓN
SISTEMÁTICA**

ADRIÁN ALBERTO DELGADO RUIZ

2025

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	1
ÍNDICE DE TABLAS	3
DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	5
RESUMEN.....	6
CAPÍTULO I.....	7
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
1.2. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	8
1.3. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	16
1.4. JUSTIFICACIÓN	16
1.5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	18
1.6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.6.1. Objetivo general	18
1.6.2. Objetivos específicos	18
1.7. ALCANCES Y LIMITACIONES	19
CAPÍTULO II.....	20
2.1. PERSONALIDAD Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	21
2.2. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD	22
2.2.1. Historia y evolución del concepto de Trastorno Límite de Personalidad.....	22
2.2.2. Aspectos diagnósticos (Manual Diagnóstico y Estadístico De Los Trastornos Mentales, quinta edición)	24
2.2.3. Comorbilidad.....	24
2.2.4. Etiología.....	26
2.2.5. Tratamiento psicoterapéutico	29
2.2.5.1. Psicoterapia para el Trastorno de Personalidad Límite.	29
2.2.5.2. Rol complementario de la farmacoterapia.....	31
2.3. TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL	32
2.3.1. Origen y desarrollo de la Terapia Dialéctica Conductual	32
2.3.1.1. Contexto histórico y creación.	32
2.3.1.2. Fundamento teórico	33
2.3.2. Estructura y componentes de la Terapia Dialéctica Conductual	36

2.3.2.1. Funciones del tratamiento	36
2.3.2.2. Fases del tratamiento.....	38
2.3.3. Evidencia empírica.	40
CAPÍTULO III	42
3.1. MARCO METODOLÓGICO.....	43
3.1.1. Tipo de investigación y enfoque	43
3.1.2. Propósito e hipótesis de la revisión sistemática.	44
3.1.3. Métodos de recolección de información.....	44
3.1.4. Fuentes de información.	47
3.1.5. Términos, descriptores y palabras clave.....	47
3.1.6. Selección de estudios considerados para su inclusión.....	47
3.1.7. Selección final de los estudios (Diagrama de Flujo Prisma)	48
CAPÍTULO IV	53
4.1. GENERALIADES	54
4.1.1 Perfil sociodemográfico de la muestra analizada en los estudios incluidos.	54
4.1.2 Eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual y las variables moderadoras que tienen un efecto en el tratamiento de personas con el Trastorno Límite de Personalidad.	61
4.1.3 Reducción de comportamientos autolesivos e ideación suicida en personas con Trastorno Límite de la Personalidad.	66
CAPÍTULO V	70
5.1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	71
5.1.1 Datos demográficos.....	71
5.1.2 Eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual.....	72
5.1.3 Reducción de comportamientos autolesivos e ideación suicida.	75
CAPÍTULO VI	77
6.1. CONCLUSIONES	78
6.2. RECOMENDACIONES	79
BIBLIOGRAFÍA	81
ANEXOS.....	90
1.1 FILTROS DE BÚSQUEDA	90
1.2 CARTAS DE APROBACIÓN.....	99

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Criterios de Inclusión y exclusión.....	46
Tabla 2 Descriptores y palabras clave.....	47
Tabla 3 Muestra de los artículos selccionados para revisión	51
Tabla 4 Resumen de datos sociodemográficos.....	55
Tabla 5 Resumen de los datos sociodemográficos	59
Tabla 6 Resumen obtenido de los artículos por la aplicación de la TDC	62
Tabla 7 Resumen obtenido de los artículos sobre comportamientos autolesivos e intentos de autoeliminación.....	67

DEDICATORIA

A todas esas personas que están siendo afectadas por un trastorno de la personalidad y que no tienen la posibilidad socioeconómica de acceder a un tratamiento idóneo para mejorar su vida. Aquellos y aquellas que creen que su malestar es solo a causa de cómo son y que sufren de manera silenciosa. Que todas las personas tengan acceso a una vida digna.

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a mi papá y mamá que estuvieron apoyándome en toda mi carrera universitaria y el comienzo de mi vida profesional, sin ellos no podría estar escribiendo estas palabras. A mi hermano que fue un pilar importante dentro de este camino. Al profesor Gerson Gómez Duran y Diego Ballesteros Murillo por su apoyo y paciencia en distintos aspectos de la tesis.

RESUMEN

Esta revisión sistemática (RS) tuvo como propósito sintetizar la información de artículos con evidencia científica, para lo cual, mediante el uso de motores de búsqueda, se seleccionaron estudios de control aleatorizado (ECA), así como estudios no aleatorizados (ENA), con el objetivo de verificar los efectos de Terapia Dialéctica Conductual (TDC) en personas con Trastorno Límite de Personalidad (TLP).

En Costa Rica, durante los últimos cinco años, se ha registrado un total de 3,173 egresos hospitalarios asociados a trastornos específicos de la personalidad. De este total, una proporción significativa, que supera el 50%, corresponde a pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), alcanzando un total de 1,961 egresos hospitalarios (Caja Costarricense del Seguro Social, 2023a, 2023c).

Ante esta situación, la Terapia Dialéctica Conductual se presenta como un tratamiento que puede ayudar a las personas en reducir la sintomatología relevante del trastorno, en conjunto con características funcionales que pueden impactar a los pacientes, esto a través de módulos de habilidades en conjunto con un programa estandarizado de terapia grupal e individual con apoyo fuera del entorno clínico, para la persona y el o la terapeuta.

Los resultados indicaron que la intervención es eficaz para disminuir las conductas autodestructivas, mejorar la regulación emocional y aumentar la calidad de vida de los pacientes, además, se encontró en algunos estudios, que sus efectos positivos se sostienen a largo plazo. En la misma línea, se identificaron limitaciones en términos de disponibilidad de datos en América Latina, así como heterogeneidad metodológica entre los estudios.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

A continuación, se presentan los antecedentes sobre el uso de la Terapia Dialéctica Conductual para el tratamiento de personas con Trastorno Límite de Personalidad. Posteriormente se realiza la delimitación del problema y se justifica la investigación.

1.2. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

De acuerdo con Roberts (2019), en la publicación del “Textbook of Psychiatry”, los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad son tratados actualmente con procedimientos ambulatorios, hospitalización completa y parcial, psicofarmacología y psicoterapia. Casi todas las modalidades de tratamiento pueden ser útiles, dependiendo de la presentación clínica del paciente, la formación y sensibilidad del terapeuta. La terapia conductual es utilizada pues puede disminuir eficazmente los comportamientos autodestructivos y las hospitalizaciones de los pacientes con TLP. La utilización de esta es respaldada por el Consejo Australiano de Recursos de Salud y Medicina como el Centro Nacional de Colaboración para la Salud Mental del Reino Unido, donde concluyen que es uno de los tratamientos con mayor evidencia para el trastorno (Chapman & Dixon-Gordon, 2020).

A continuación, se resumen una serie de revisiones sistemáticas internacionales acerca del tema, se añadió también cinco metaanálisis que requirieron de la revisión sistemática, por lo que se les tomó en consideración. Cada artículo presenta el uso de distintas psicoterapias o la Terapia Dialéctica Conductual para el tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad. Crotty et al. (2023) propusieron la revisión sistemática "Psychotherapies for the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Systematic Review" donde se evaluó la efectividad

comparativa de las psicoterapias comúnmente utilizadas frente a Tratamiento Habitual (TH) o frente a otras para el tratamiento del TLP. TH se definió como intervenciones descritas como tal, con un enfoque flexible y sin adherencia a un régimen estandarizado o preestablecido.

Esta revisión también tuvo como propósito actualizar la guía de práctica clínica de la Asociación Estadunidense de Psicología (APA) sobre tratamientos para TLP. Los resultados de interés incluían la mejora de síntomas específicos del trastorno (como autolesiones, intentos de suicidio, depresión, ansiedad, impulsividad, regulación emocional, experiencia de disociación y desesperanza), evaluación clínica global, funcionamiento y eventos adversos.

Se utilizaron ENA, ECA y estudios observacionales, con pacientes de 13 años o más con diagnóstico de TLP. Se analizaron 25 estudios que incluían datos sobre 2,545 participantes, predominantemente mujeres. Entre las psicoterapias incluidas, la Terapia Dialéctica Conductual se utilizó en 12 de los estudios. Los resultados mostraron una baja evidencia a favor de la TDC sobre TH en el tratamiento de uno o más resultados relacionados al trastorno. Se indicó que TH podría ser tan efectiva como la TDC en la mejora de la severidad del trastorno, así mismo, no se encontró que esta fuese superior a otras psicoterapias.

Seguidamente con la revisión de Storebø et al. (2020) “Psychological therapies for people with borderline personality disorder”, esta tuvo como objetivo evaluar los efectos beneficiosos y perjudiciales de las terapias psicológicas para personas con Trastorno Límite de la Personalidad. Se incluyeron intervenciones TH, listas de espera, sin tratamiento o tratamientos activos en muestras de todas las edades, siempre que tuvieran un diagnóstico formal de TLP. Los resultados primarios considerados fueron la severidad de los síntomas, la autolesión, los resultados relacionados con el suicidio y el funcionamiento psicosocial.

Fueron utilizados 75 ensayos controlados aleatorios con un total de 4507 participantes, predominantemente mujeres, con edades medias desde los 14.8 hasta los 45.7 años. Se evaluaron más de 16 tipos diferentes de psicoterapia, siendo la terapia dialéctica conductual una de las más representadas. Comparado con TH, se observó efectos a favor de la TDC en cuanto a la severidad del TLP, autolesiones y funcionamiento psicosocial, aunque estos hallazgos se basaron en evidencia de baja calidad. Por lo tanto, mencionan los autores, no es posible asegurar si estos efectos cambiaran con la adición de más datos.

Por otro lado, Azevedo et al. (2024) presentaron el meta-análisis “Benchmarks for dialectical behavioural therapy intervention in adults and adolescents with borderline personality symptoms”. El estudio tuvo como objetivo proporcionar puntos de referencia para el tratamiento con TDC mediante un metaanálisis de datos de ECA y estudios de efectividad, que aplicaron la versión estándar de la terapia (programa completo o entrenamiento de habilidades) a adultos y adolescentes con síntomas de TLP. Se utilizaron los mismos instrumentos para medir la regulación emocional, la calidad de vida relacionada con la salud y los síntomas del trastorno, específicamente el EQ-5D, la Lista de Síntomas Límite (BSL) y la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS).

La muestra fue 16 estudios, con pacientes adolescentes de 12 a 18 años con síntomas del trastorno y adultos de 18 a 65 años con un diagnóstico formal. Los puntos de referencia fueron calculados utilizando las medias pre y post tratamiento de los estudios. Los estudios recopilados sirvieron como base para agregar los resultados del BSL, DERS y EQ-5D, lo que permitió establecer puntos de referencia tanto para el programa completo y el programa de habilidades (usando solo el BSL). Los resultados indicaron mejoras en la regulación

emocional, una disminución de los síntomas y un aumento en la calidad de vida relacionada con la salud.

De forma similar, Rameckers et al. (2021) utilizaron un meta-análisis para examinar la efectividad de las psicoterapias para el Trastorno Límite de la Personalidad en adultos. Se incluyeron 87 estudios de todos los tipos de ensayos (siendo la TDC el tipo de psicoterapia más presente en los artículos analizado), con una muestra de pacientes adultos de edad mínima de 18 años (con una media de 30.99 años) con un diagnóstico primario de TLP, provenientes principalmente de Estados Unidos, Alemania, Países Bajos y Reino Unido. Se consideraron varios predictores, incluyendo el tipo de ensayo, de resultado, de entorno, síntomas y la edad promedio. Fueron incluidos ENA con la consecuencia de disminuir la validez interna, con la intención de mejorar la externa y poder ofrecer información adicional relevante que se puede aplicar en la práctica clínica.

Los resultados mostraron que la TDC, presentó los cambios más significativos en los dominios de resultados en comparación con el efecto del TH. Se encontró que la versión reducida de la terapia dialéctica estaba relacionada con mayores efectos de tratamiento, aunque la diferencia en el tamaño entre ambas versiones fue pequeña.

Se continúa con la revisión de Hernández-Bustamante et al. (2023) “Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials” donde el objetivo del estudio fue describir la producción científica sobre los componentes del programa de la TDC y su eficacia terapéutica en el tratamiento de personas con TLP. Se utilizaron 18 ECA que incluyeron a 1755 participantes, en su mayoría mujeres, con diagnóstico del trastorno, de 18 años o más.

La mayoría de los estudios revelaron que tanto la Terapia Dialéctica Conductual a corto plazo como la versión estándar, mejoraron la ideación suicida, con tamaños de efecto pequeños o moderados, los cuales se mantuvieron hasta 24 meses después del período de tratamiento. Además, se mostró que la terapia puede mejorar significativamente la psicopatología general y los síntomas depresivos. Otros hallazgos observados incluyen la mejora en la adherencia al tratamiento, la reducción de la impulsividad y la inestabilidad del estado de ánimo, así como una disminución en la tasa de hospitalización.

Aunque la TDC evidenció eficacia en el tratamiento del TLP, se destacó la heterogeneidad en las metodologías empleadas en los estudios. Por lo tanto, los autores recomiendan estudios desde un marco teórico y metodológico homogéneo, para obtener conclusiones más consistentes y fiables sobre la eficacia de la TDC en el tratamiento del trastorno.

Por su parte, Jørgensen et al. (2021) en su revisión y meta-análisis “Psychological therapies for adolescents with borderline personality disorder (TLP) or TLP features-A systematic review of randomized clinical trials with meta-analysis and Trial Sequential Analysis” investigaron la efectividad de las terapias psicológicas para adolescentes con Trastorno Límite de la Personalidad o características del mismo. En total, consideraron 10 ensayos clínicos aleatorios con 775 participantes (edad media de 14.72 años), provenientes principalmente de Estados Unidos, Europa y Australia.

Fueron analizados todos los tipos de psicoterapia, sin importar la orientación teórica o el entorno del tratamiento, incluyendo la Terapia Dialéctica Conductual en 2 estudios. Los resultados se analizaron tanto al final del tratamiento como en cualquier posible período de seguimiento, con un enfoque principal en la severidad del trastorno.

Los resultados de la mayoría de los ensayos no mostraron una superioridad de la intervención experimental sobre las intervenciones de control en los resultados principales. En cuanto a los resultados secundarios, la Terapia Dialéctica Conductual para Adolescentes (TDC-A) fue superior al final del tratamiento en la reducción de autolesiones, aunque esta desapareció a los seis meses de seguimiento. En general, los hallazgos sugirieron que se encontró suficiente evidencia para confirmar la eficacia a largo plazo en la reducción de la severidad del TLP o sus características en adolescentes por parte de la psicoterapia.

De igual manera, Wong et al. (2020) tomaron a la población adolescente en su revisión y meta-análisis “Psychotherapies for Adolescents with Subclinical and Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis” donde el objetivo fue evaluar la eficacia de las psicoterapias en dicha población, para los resultados relacionados con el Trastorno Límite de la Personalidad en la post-evaluación y, cuando fuera posible, en el seguimiento. Seleccionaron 7 ECA que incluyeron a 643 participantes, principalmente mujeres, con edades comprendidas entre 12 y 18 años. Tres de estos estudios utilizaron la Terapia Dialéctica Conductual.

Los participantes eran adolescentes con sintomatología del trastorno, incluyendo tanto aquellos con rasgos o aquellos que cumplían con los criterios diagnósticos. Consideraron elegibles los ensayos en los que una modalidad psicoterapéutica se comparaba con una condición de control. Se extrajeron datos sobre sintomatología, intentos de suicidio, autolesiones no suicidas, psicopatología general, recuperación funcional y retención del tratamiento. Los resultados indicaron que, en general, la psicoterapia condujo a mejoras significativas a corto plazo post-tratamiento, mas no en el seguimiento a largo plazo. No hubo

una diferencia significativa en la retención del tratamiento entre los grupos experimentales y de control en general.

Seguidamente, Setkowski et al. (2023) en su revisión y meta-análisis “Which psychotherapy is most effective and acceptable in the treatment of adults with a (sub)clinical borderline personality disorder? A systematic review and network meta-analysis” se enfocó en determinar cuál psicoterapia es más efectiva y aceptable en el tratamiento de adultos con Trastorno Límite de la Personalidad clínico o subclínico. Se realizaron dos metaanálisis en red (NMA por sus siglas en inglés) para investigar la efectividad comparativa de las psicoterapias en la severidad del trastorno y el comportamiento suicida (tasa combinada), el abandono del estudio se incluyó como un resultado secundario.

Se analizaron 43 ECAs que incluyeron a 3273 participantes, principalmente mujeres, con una edad media de entre 20.4 y 45.7 años. De estos, 19 estudios evaluaron la TDC. La misma proporcionó evidencia sólida sobre su efectividad en comparación con terapias menos intensivas o especializadas y fue significativamente más efectiva comparada con el tratamiento habitual. En cuanto al comportamiento suicida, ninguna psicoterapia demostró ser significativamente superior comparada con el TH.

De acuerdo con la evidencia obtenida a través del metaanálisis, los autores comentan que esta no es lo suficientemente fuerte como para proporcionar una respuesta clara sobre si una sola terapia es significativamente más eficaz en el tratamiento de los síntomas de TLP en comparación con otras, y de ser así, cuál sería esta terapia.

Se continúa con la revisión de Stoffers-Winterling et al. (2022) “Psychotherapies for borderline personality disorder: A focused systematic review and meta-analysis” donde se

analizó a las terapias psicológicas administradas como tratamiento principal, diferenciándolas de las intervenciones que complementaban psicoterapias individuales en curso.

En total, se incluyeron 31 ECA, de los cuales 10 utilizaron TDC como tratamiento independiente. Los estudios abarcaron un total de 1870 (mayor de 18 años) participantes, principalmente mujeres, con un rango de edad media de 19.3 a 45.7 años, provenientes de Europa, América del Norte, Irán y Nueva Zelanda. El 70% de los participantes en los estudios tenía un diagnóstico formal de TLP. Los resultados primarios a analizar fueron la severidad del trastorno, autolesiones, resultados relacionados con el suicidio y el funcionamiento psicosocial. Los resultados secundarios abarcaron el resto de los criterios diagnósticos, la depresión y la deserción.

Los resultados del estudio indicaron que, entre los tratamientos independientes, se observaron efectos estadísticamente significativos, de baja certeza, para la TDC en la reducción de autolesiones y la mejora del funcionamiento psicosocial. A pesar de la baja certeza, se concluyó que las intervenciones psicoterapéuticas son útiles para individuos con TLP, aunque se requiere más investigación para fortalecer estas conclusiones y proporcionar evidencia más robusta.

Finalmente, May et al. (2023) en el artículo “Interventions for perinatal borderline personality disorder and complex trauma: a systematic review”, cuyo objetivo fue sintetizar la literatura sobre intervenciones para el Trastorno Límite de la Personalidad y el trauma perinatal. El TLP perinatal se refiere a la manifestación o exacerbación de los síntomas del trastorno durante el período del embarazo y el primer año postparto. Los autores evaluaron siete estudios, cinco con diseños de medidas repetidas y dos ECA, con un total de 351 participantes de Australia,

Canadá, Reino Unido y Estados Unidos. La muestra incluyó a mujeres durante el período perinatal que habían recibido un diagnóstico formal, presentaban características del trastorno y/o estaban emocionalmente desreguladas.

Los resultados indicaron que la intervención grupal de Terapia Dialéctica Conductual para habilidades estuvo asociada con mejoras en el malestar psicológico, la confianza en la salud mental, la autoeficacia, la gestión de emociones, comportamientos disfuncionales. Además, se asociaron con una mejora en las capacidades parentales maternas.

1.3. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Para esta revisión sistemática (RS), se utilizaron estudios científicos en idioma español e inglés publicados a partir enero del 2019 a Julio del 2024, que profundizan en el estudio de Terapia Dialéctica Conductual en el tratamiento de personas con Trastorno Límite de la Personalidad. Se utilizaron las siguientes bases de datos: PubMed, Google Académico, Wiley, Sage y Science Direct. En estas plataformas se realizó una búsqueda por términos, aplicando filtros y operadores booleanos, los cuales se detallarán más adelante.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Los trastornos de personalidad (TP) tienen prevalencias distintas en diferentes partes del mundo. La prevalencia de la población general de aproximadamente 6% (Sharan et al., 2023). El cluster – B de los TP, el cual incluye al trastorno de personalidad límite, tienen una prevalencia global de 1.5% (Huang et al., 2009). Para el 2019, La prevalencia global del TLP se estimó de aproximadamente un 1.8% (Winsper et al., 2020).

En Costa Rica, para el 2023, las consultas y atenciones realizadas en consultas externas y el servicio de emergencias realizadas sobre el TLP tienen una cifra de 9968 casos, siendo principalmente presentes personas entre 20 y 44 años (CCSS,2023c). De estas cifras, egresaron 338, de servicios nacionales especializados y establecimientos de salud de la Red Integrada de Servicios de Salud, siendo las mujeres, el género más afectado con 296 egresos (CCSS, 2023a)

Este trastorno se destaca especialmente por las dificultades que presenta en su abordaje, tanto debido a los malentendidos que suelen surgir en la comunicación con este tipo de pacientes, como por sus características de impaciencia y baja tolerancia a la frustración, lo que en consecuencia lleva a abandonar prematuramente los tratamientos (Rao et al., 2020).

Dada la frecuencia del diagnóstico y la urgencia en su tratamiento, especialmente por la habitual comorbilidad con conductas autolesivas, es evidente que el enfoque de estos casos no debe limitarse a la medicación durante las crisis, sino que requiere de una intervención psicoterapéutica. Esto plantea la necesidad de investigar la efectividad de los abordajes psicoterapéuticos. La evidencia indica que la mayoría de los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad pueden lograr la remisión de los síntomas con tratamientos psicológicos específicos para este trastorno; algunos incluso alcanzan la recuperación completa. (Álvarez-Tomás et al., 2019; Díaz, 2021).

En este contexto, la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) emerge como una intervención prometedora y respaldada, para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad. Su enfoque integral, que combina técnicas cognitivo-conductuales como la aceptación y la validación emocional, parece demostrar tener un impacto en la reducción de conductas autolesivas y en la mejora de la estabilidad emocional de los pacientes (Sharan et al., 2023).

1.5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

El Trastorno Límite de Personalidad se ha presentado de manera significativa dentro de las cifras anuales consultas y egresos en Trastornos específicos de personalidad en los hospitales nacionales (Caja Costarricense del Seguro Social, 2023a, 2023c), esta prevalencia destaca la importancia de cuestionar la eficacia de los tratamientos dirigidos a este trastorno. Lo que lleva al planteamiento de la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual en el tratamiento de personas con el Trastorno Límite de personalidad?

1.6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. Objetivo general

Determinar la eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual en el tratamiento de personas con Trastorno Límite de la Personalidad por medio de una revisión sistemática en el periodo comprendido entre el 2019 y Julio del 2024

1.6.2. Objetivos específicos

1. Describir el perfil sociodemográfico de las muestras analizadas en los estudios incluidos en la revisión sistemática.
2. Examinar la eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual en el tratamiento de personas con Trastorno Límite de la Personalidad.
3. Examinar la reducción de comportamientos autolesivos e ideación suicida en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad tratados con Terapia Dialéctica Conductual.

1.7. ALCANCES Y LIMITACIONES

Las limitaciones de la investigación se evidenciaron en la falta de investigaciones regionales que permitieran generalizar los hallazgos a contextos socioculturales de América Latina y el acceso a información local con respecto al tema a investigar. La falta de información regional se observó en la búsqueda de los artículos, donde no se registró alguna de habla hispana dentro del rango de años a tratar. Se trabajó con muestras del continente más su representación se encuentra en el norte.

Respecto a la información local, se encontró que los datos de la Caja Costarricense del Seguro Social no se observaba información acerca de los Trastornos de Personalidad o un informe acerca de los datos nacionales, fuese en las bases de datos o en la página web. Para obtener la información, se consultó al área de investigación de la CCSS sobre específicamente datos del trastorno, trastornos de personalidad y la TDC, que fueron enviados posteriormente por medio de correo electrónico.

Otra limitante importante de mencionar fue el acceso a las bases de datos de acceso libre disponible para el estudiante. Se consideraron bases de datos a utilizar en contraste con las encontradas en los antecedentes para tener un acceso amplio, más, estas no se encontraban en las opciones del CENIT. La base de datos SCOPUS era mencionado, mas, no se aclaró que el acceso era independiente del estudiante, lo que implicaba a un costo adicional para utilizarla.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. PERSONALIDAD Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

La personalidad se define como los patrones característicos de pensamiento, sentimientos, comportamientos, motivación, funcionamiento interpersonal y la forma en que una persona percibe a los demás y a sí misma. La mayoría de los teóricos clínicos no consideran que los tipos de personalidad sean intrínsecamente trastornos, en la literatura clínica, se describen como tipos, estilos o síndromes de personalidad. El término "trastorno" se emplea, principalmente, para señalar niveles de extremidad o rigidez que generan disfunción o limitación significativa. Por ejemplo, una persona puede tener un estilo de personalidad narcisista sin que esto implique un trastorno de personalidad narcisista (Shedler, 2021).

El diagnóstico de un trastorno de personalidad (TP) se establece cuando persisten alteraciones culturales, cognición, emoción y conducta, que comienzan en la adolescencia o adultez temprana, que interfieren en la vida diaria o causan malestar. Los TP representan un extremo del continuo de rasgos de personalidad y se caracterizan por patrones inflexibles e inadecuados de experiencias y conductas internas, lo cual lleva a problemas significativos en relaciones o en la vida laboral (Schulte Holthausen & Habel, 2018).

Según el DSM-5, los TP se dividen en tres grupos. El grupo A incluye trastornos con características excéntricas, como el paranoide, esquizoide y esquizotípico. El grupo B, caracterizado por la emocionalidad y la imprevisibilidad, incluye trastornos como el antisocial, límite e histriónico. Finalmente, el grupo C incluye trastornos marcados por rasgos ansiosos, como el evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo (Sheehan et al., 2016).

Al evaluar a un paciente con un posible trastorno de personalidad, es fundamental considerar influencias biológicas, sociales, culturales y familiares. Construir una línea de tiempo que

abarque los eventos formativos en su vida, e identificar sus patrones adaptativos, metas personales y logros. El profesional debe diferenciar entre una presentación aguda pero inusual y un patrón repetitivo de síntomas que se ha mantenido a lo largo de la vida del paciente. Además, es esencial mostrar empatía hacia el paciente, quien enfrenta dificultades propias de un trastorno de personalidad (Riddle et al., 2016).

2.2. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

2.2.1. Historia y evolución del concepto de Trastorno Límite de Personalidad

La conceptualización del Trastorno Límite de la Personalidad ha pasado por diversas etapas, distribuidas en tres periodos históricos: finales del siglo XIX a principios del XX, de 1950 a 2000, y desde el 2000 hasta la actualidad. A finales del siglo XIX, el campo clínico empezó a describir a pacientes con características que se asocian con el trastorno, pero que en ese momento se veían como formas más leves de psicosis. Por ejemplo, Kraepelin, psiquiatra alemán que tuvo un impacto significativo en la profesión y el entendimiento de los trastornos mentales (Bogetti & Fertuck, 2021; Ebert & Bär, 2010), observó pacientes que presentaban síntomas más leves de demencia precoz (psicosis) o de trastornos maníaco-depresivos.

Aunque estos casos no encajaban perfectamente en ninguno de los diagnósticos tradicionales, no fue hasta 1938 que Adolph Stern, psicoanalista y psiquiatra estadounidense, utilizó el término "personalidad límite" para referirse a pacientes que no se ajustaban ni al grupo psicótico ni al psiconeurótico. Aunque este no apareció en los primeros manuales diagnósticos (DSM I y II), se volvió más popular entre los psicoanalistas tras la descripción de Stern (Bogetti & Fertuck, 2021). Helene Deutsch también hizo importantes contribuciones al describir personalidades, que podrían corresponder a una forma temprana de lo que hoy se

reconoce como TLP, caracterizadas por la falta de emociones y una leve despersonalización (Triarhou, 2022).

A mediados del siglo XX, Otto Kernberg, psicólogo y psicoanalista austriaco, actualizó el término de Stern, introduciendo la idea de "organización de la personalidad límite". Este concepto se refería a un conjunto específico de características clínicas, como la relación intacta con la realidad y el uso de mecanismos de defensa como la idealización y la escisión, junto con la difusión de identidad. Este enfoque más estructurado sentó las bases para investigaciones posteriores (Bogetti & Fertuck, 2021; Gunderson, 2009).

En 1980, con la publicación del DSM-III, el TLP fue reconocido como un trastorno diferenciado. El DSM-III introdujo un enfoque más objetivo y basado en observaciones, lo que permitió una mayor estandarización del diagnóstico de TLP. También facilitó el uso de entrevistas clínicas semiestructuradas, como la International Personality Disorder Examination (IPDE), para una evaluación más fiable. El DSM-IV, publicado en 1994, mantuvo casi sin cambios los criterios diagnósticos de TLP establecidos en el DSM-III. A partir del 2000, el TLP es caracterizado en el DSM-5 como un trastorno independiente (Bogetti & Fertuck, 2021).

El TLP también se presenta en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CID), en donde el "calificador de patrón límite", incluía los síntomas del TLP según el DSM-5 y el diagnóstico de Trastorno Emocionalmente Inestable (límite) de la CID-10. Así también, este es el único trastorno de personalidad específico que ha sido conservado en la nueva edición, la CID-11 (Bach & First, 2018; Mulder, 2021; Mulder et al., 2020).

2.2.2. Aspectos Diagnósticos (Manual Diagnóstico y Estadístico De Los Trastornos Mentales, quinta edición)

El Trastorno Límite de la Personalidad según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), requiere un mínimo de 5 criterios de 9, para obtener el diagnóstico del mismo. El TLP se caracteriza por un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen, los afectos y la impulsividad, presente en diversos contextos. Las personas con TLP suelen realizar esfuerzos desesperados para evitar el abandono, ya sea real o imaginado, lo que puede generar cambios drásticos en el comportamiento, emociones y cognición. Tienen relaciones intensas e inestables, alternando entre idealizar y devaluar a los demás. A nivel de identidad, experimentan cambios rápidos en sus metas y valores.

Las personas con dicho trastorno muestran impulsividad en al menos dos áreas autodestructivas, como el abuso de sustancias o conductas sexuales riesgosas. Los comportamientos suicidas y autolesivos son comunes, especialmente en situaciones de estrés o ante la posibilidad de separación. Su estado emocional es altamente reactivo, con episodios de intensa disforia o ansiedad que duran breves periodos, los cuales pueden venir acompañados de sentimientos crónicos de vacío. Adicionalmente, presentan dificultades para controlar la ira, que se manifiesta de manera intensa y explosiva, lo que puede llevar a sentimientos de vergüenza o culpa. Durante situaciones de estrés extremo, pueden experimentar ideación paranoide o síntomas (APA, 2013).

2.2.3. Comorbilidad

El 75% de las personas con Trastorno Límite de Personalidad también cumplen los criterios para trastornos depresivos, siendo el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) el más común, con

una prevalencia de entre el 70 y 90%. La ocurrencia conjunta del TLP y TDM aumenta los intentos de suicidio y prolonga los episodios depresivos. Con respecto al Trastorno Bipolar (TB), alrededor del 20% de los individuos con TLP también presentan TB, lo cual es asociado a intentos de autoeliminación y desempleo prolongado. Los trastornos de ansiedad son frecuentes, con una prevalencia de hasta el 74%, más, hay una tendencia importante en la disminución de síntomas cuando existe tratamiento (Bogetti & Fertuck, 2021; Gunderson et al., 2018).

Por otra parte, el Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP) y el TLP comparten características como la impulsividad e ideación suicida. Se considera que pueden tener raíces genéticas y ambientales comunes. La presencia simultánea del TAP y TLP varía entre el 6 y el 57%, dependiendo del contexto. Mientras que el TLP se enfoca más en la inestabilidad emocional y problemas de identidad, el TAP se caracteriza por comportamientos delictivos y prevalece más en hombres que en mujeres (Schulte Holthausen & Habel, 2018)

Adicionalmente, el TLP también coocurre con el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), con una tasa de comorbilidad del 31.6%. Ambos trastornos comparten síntomas como la disociación y la irritabilidad. El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) también presente comorbilidad con el trastorno, este se presenta en el 27% de los adultos con TLP, compartiendo características de impulsividad y desregulación emocional. El Trastorno por uso de sustancias también es frecuente, afectando al 50% de las personas con TLP, el 73% de estos cumplen los criterios en algún momento de su vida. En cuanto a los trastornos alimentarios, entre el 0 y 58% de las personas con anorexia o bulimia también presentan TLP, lo que puede dificultar su recuperación (Bogetti & Fertuck, 2021; Gunderson et al., 2018; Schulte Holthausen & Habel, 2018).

Las tasas de comorbilidad son significativamente más altas en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad que en personas con otros. La naturaleza y frecuencia de los trastornos concurrentes varía según la población evaluada (pacientes o población general), el entorno clínico (hospitalización, consulta externa, clínica especializada), la prevalencia, duración de estos y los métodos de evaluación utilizados (Trull et al., 2012).

Una explicación relevante sobre la comorbilidad sugiere que un trastorno de personalidad puede llevar a otro (o viceversa), de modo que uno de los trastornos actúa en consecuencia. Por ejemplo, una persona con trastorno de personalidad evitativo podría desarrollar posteriormente un trastorno de personalidad dependiente si logra superar la ansiedad ante la evaluación y establecer relaciones. En las muestras clínicas, es raro que un individuo reciba únicamente un diagnóstico de trastorno de personalidad (Gunderson et al., 2018).

2.2.4. Etiología

El TLP es un trastorno complejo cuya etiología abarca una combinación de factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. Desde el modelo biosocial propuesto por Linehan, hasta los factores biológicos que pueden predisponer a la persona a una alta sensibilidad emocional y dificultad en la regulación emocional, factores ambientales (incluyendo eventos estresantes y experiencias adversas tempranas) que intensifican estas características. La interacción entre estos elementos establece una base fundamental para comprender cómo surge y se establece en la persona (Bogetti & Fertuck, 2021; Turner et al., 2020).

La teoría biosocial sostiene que la desregulación emocional es una característica central del trastorno. Esta desregulación surge de la interacción entre ambientes invalidantes (que ignoran, rechazan o minimizan las emociones) y una predisposición biológica a la sensibilidad

y reactividad emocional intensas. La falta de ajuste entre la sensibilidad emocional del niño y las respuestas de los cuidadores genera un ciclo que refuerza la expresión emocional extrema, enseñando al niño que solo las reacciones intensas atraen la atención deseada, aunque sean juzgadas como inadecuadas (Bogetti & Fertuck, 2021; Gunderson et al., 2018).

Con el tiempo, estos patrones se vuelven transaccionales, es decir, los factores biológicos y ambientales se influyen mutuamente, aumentando la expresión emocional extrema y las respuestas invalidantes. Esta invalidación persiste en los síntomas del TLP en la adolescencia y adultez, afectando la capacidad de regular emociones (Bogetti & Fertuck, 2021; Gunderson et al., 2018).

Adicionalmente, un historial de trauma infantil es frecuente en personas con trastornos mentales graves. En estudios sobre TLP se ha observado que este trauma se relaciona con una mayor reducción de volumen en el hipocampo y la amígdala. Lo que sugiere que este podría contribuir a la neuropatología del trastorno y de otros con marcadores neurobiológicos similares (Chapman et al., 2020).

La teoría de interacción gen-ambiente propone que los factores ambientales son los causantes del trastorno, mientras que los genes modifican la susceptibilidad a estos. Esto implica que las influencias ambientales varían según la predisposición genética de cada persona y que estas predisposiciones se expresan de forma distinta según el contexto (Blanco Artola et al., 2020).

Los factores genéticos influyen en rasgos de personalidad característicos del TLP, como la inestabilidad afectiva, problemas de identidad, relaciones conflictivas y autolesiones. Eventos estresantes, como el divorcio o la pérdida de empleo, pueden agravar los rasgos en individuos genéticamente vulnerables, mientras que eventos traumáticos, como el abuso sexual, intensifican estos incluso en personas con menor predisposición genética (Turner et al., 2020).

Además, se deben considerar las manifestaciones aparentes de los trastornos de personalidad en relación con el grupo cultural del paciente. Ya que conductas como la intensidad emocional, la pasividad o las creencias inusuales, podrían estar culturalmente permitidas. Un diagnóstico de TLP debería realizarse solo cuando estas conductas exceden o se desvían significativamente de los estándares culturales del individuo (Skodol, 2014).

Las personas con Trastorno Límite de la Personalidad experimentan traumas de manera más frecuente, en comparación con aquellos que padecen otros trastornos de la personalidad, incluyendo mayor frecuencia de abuso sexual y físico en la infancia, así como una exposición más temprana a estos. Dicho abuso, negligencia durante la infancia, en combinación con rasgos temperamentales como la agresividad impulsiva y la afectividad negativa, aumentan significativamente el riesgo de desarrollar TLP, especialmente cuando se combinan con un entorno familiar disfuncional. Además, cuando se toman en cuenta las anomalías neurológicas volumétricas y funcionales mencionadas previamente, junto con polimorfismos genéticos específicos (MAOA; 5-HTTLPR; FKBP5; CRHR2; 5HTTR; COMT) que predisponen al desarrollo de este trastorno, cuando el entorno familiar disfuncional interactúa con estos rasgos de la persona, los efectos de las experiencias traumáticas se intensifican (Bozzatello et al., 2021; Chan et al., 2020; Chapman et al., 2020).

Por otra parte, en el área de la neurociencia, los estudios de neuroimagen se han centrado en las regiones frontal y límbica, que participan en la desregulación emocional e impulsividad características del trastorno. La teoría predominante sugiere que las áreas prefrontales no logran regular adecuadamente las regiones límbicas (Bogetti & Fertuck, 2021; Chan et al., 2020).

La evidencia empírica muestra que las personas con TLP presentan una combinación de reducción de volumen y aumento de actividad en la amígdala como en la corteza cingulada anterior. Así también, presentan una disminución de volumen en el hipocampo, en las regiones dorsolateral y orbital del lóbulo frontal. Se encontró una conectividad estructural alterada, con integridad reducida en tractos de sustancia blanca que conectan el hemisferio y el sistema fronto-límbico. Los estudios funcionales indicaron un funcionamiento alterado del sistema serotoninérgico y una reactividad exagerada en áreas frontales y límbicas ante estímulos emocionales, así como interrupciones en la conectividad de redes en reposo (Bogetti & Fertuck, 2021; Chan et al., 2020).

2.2.5. Tratamiento psicoterapéutico

2.2.5.1. Psicoterapia para el Trastorno de Personalidad Límite.

El tratamiento de pacientes con TLP requiere un manejo de casos eficaz, en el que es fundamental gestionar amenazas y conductas autodestructivas, combinando la psicoeducación sobre sus desafíos y vulnerabilidades. Este manejo incluye tanto intervenciones psicoterapéuticas como farmacológicas orientadas por metas realistas, apoyadas en una buena alianza terapéutica. A continuación, se presentarán algunas de las psicoterapias utilizadas para abarcar el trastorno (Andrew et al., 2019).

La Terapia Dialéctica Conductual es un tratamiento cognitivo-conductual que combina estrategias de aceptación y cambio para mejorar la regulación emocional. Incluye terapia individual y entrenamiento grupal en habilidades, con los terapeutas actuando como entrenadores. La TDC se basa en principios de la Terapia Conductual, prácticas de mindfulness y pensamiento dialéctico, buscando cambiar el comportamiento y aumentar la tolerancia al malestar. Según la teoría biosocial, el TLP surge de la interacción entre

vulnerabilidad emocional biológica y experiencias relacionales invalidantes. Esta aborda todos los aspectos del sistema de regulación emocional a través de cuatro módulos: mindfulness, tolerancia al malestar, regulación emocional y efectividad interpersonal (Andrew et al., 2019; Levy et al., 2018; Storebø et al., 2020).

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es una psicoterapia estructurada y de duración limitada que se enfoca en modificar creencias disfuncionales propias del TLP. La combinación de TCC con el tratamiento habitual, ha mostrado resultados significativos en la prevención del suicidio y otros síntomas, en comparación con el tratamiento sin TCC. A dos años de seguimiento, la terapia mostró beneficios duraderos en reducción de ansiedad, angustia, cogniciones disfuncionales y síntomas en general (Andrew et al., 2019; Storebø et al., 2020).

La Terapia de Esquemas postula la existencia de modos de esquemas (concepciones de uno mismo en relación con otros) específicos en el TLP, manifestados en patrones crónicos de pensamiento, emoción y comportamiento. Esta terapia, que combina elementos cognitivo-conductuales y psicoanalíticos, ayuda a las personas con TLP a identificar temas centrales que surgen de necesidades emocionales insatisfechas en la infancia y que se expresan en formas de afrontamiento desadaptativas en la adultez. El objetivo es que los afectados logren satisfacer sus necesidades de manera adaptativa (Andrew et al., 2019; Storebø et al., 2020).

La Terapia Basada en la Mentalización (TBM), fundamentada en teorías psicodinámicas y de apego, tiene como objetivo mejorar la "mentalización", es decir, la capacidad de comprender las acciones propias en función de estados mentales como deseos, sentimientos y creencias. La terapia se considera efectiva y rentable frente al tratamiento habitual, pues ayuda a los pacientes a reconocer sus emociones y a regularlas en relaciones interpersonales, enfocándose

especialmente en situaciones que tienden a desestabilizar su mentalización debido al estrés interpersonal (Andrew et al., 2019; Levy et al., 2018; Storebø et al., 2020).

La Terapia Focalizada en la Transferencia (TFT) es un enfoque psicoanalítico basado en la teoría de relaciones objetales, diseñado para tratar el Trastorno Límite de la Personalidad, entre otros. La terapia considera que los síntomas del TLP provienen de representaciones emocionales fragmentadas del “yo”, donde las percepciones negativas y positivas se mantienen disociadas, lo que lleva a una inestabilidad emocional y de identidad. El objetivo de la TFP es integrar estas representaciones, logrando una identidad más coherente, una mejor regulación afectiva y relaciones más estables (Andrew et al., 2019; Storebø et al., 2020).

2.2.5.2. Rol complementario de la farmacoterapia.

Hasta la fecha, todas las principales guías de tratamiento consideran la psicoterapia como la opción preferente para el TLP, relegando los medicamentos a un rol complementario. Sin embargo, una gran mayoría de personas con TLP recibe psicofármacos durante el curso de la enfermedad, especialmente en momentos de crisis, cuando el paciente presenta aumento de la ideación suicida, episodios de impulsividad, exacerbaciones psicóticas, disociaciones severas o agravamiento de condiciones comórbidas como los trastornos del estado de ánimo. En estas circunstancias, los medicamentos suelen utilizarse para estabilizar al paciente a corto plazo (Riffer et al., 2019).

Con respecto a la evidencia empírica menciona que, en su revisión sistemática, de 46 estudios con 2769 personas con TLP, los medicamentos mostraron poco o ningún efecto en la gravedad del TLP, la autolesión, los resultados relacionados con el suicidio y el funcionamiento psicosocial en comparación con el placebo. Asimismo, antipsicóticos y estabilizadores del

ánimo presentaron pocos o ningún cambio respecto a efectos no deseados, mientras que ningún estudio reportó efectos secundarios de los antidepresivos (Stoffers-Winterling et al., 2022).

2.3. TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL

2.3.1. Origen y desarrollo de la Terapia Dialéctica Conductual

2.3.1.1. Contexto histórico y creación.

Marsha M. Linehan, PhD, desarrolló la Terapia Dialéctica Conductual a finales de la década de 1980. Sus investigaciones principales se centraron en el desarrollo y evaluación de tratamientos basados en evidencia para poblaciones con alto riesgo de suicidio y múltiples trastornos. Linehan creó este enfoque terapéutico como una respuesta a las limitaciones de las terapias tradicionales para tratar personas con Trastorno Límite de la Personalidad y conductas suicidas crónicas. En su investigación, Linehan descubrió que muchos pacientes con TLP no respondían bien a la Terapia Conductual, la cual tenía popularidad en su momento, debido a la alta emocionalidad y sensibilidad al rechazo que experimentaban. Así mismo, probó con otras perspectivas en el contexto humanista, reflejándose una respuesta negativa. Esto pues mencionaban sus pacientes que tenían experiencia siendo escuchados y validados, más, no se le presentaba una solución a su situación (M. M. Linehan, 2015).

Para abordar este desafío, Linehan desarrolló la TDC como una intervención psicosocial intensiva y multimodal, inicialmente enfocada en el tratamiento de individuos con conductas suicidas crónicas. Basada en técnicas cognitivas, conductuales y de mindfulness, dentro de un marco dialéctico. El objetivo principal del tratamiento es ayudar a los pacientes a desarrollar una "vida que valga la pena vivir", eliminando así la necesidad de conductas suicidas. Esta

surgió como respuesta a las dificultades encontradas al aplicar los principios conductuales estándar y las teorías de aprendizaje social en personas con tendencias suicidas crónicas, quienes a menudo cumplían con los criterios para el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y presentaban problemas complejos, de alto riesgo y multi-diagnósticos (Ward-Ciesielski et al., 2020).

En el desarrollo de la terapia, Linehan en su primer manual se enfocó en reducir conductas suicidas. Con el tiempo, el grupo objetivo se amplió para incluir a personas con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), un trastorno que implica conductas autolesivas frecuentes. El primer ensayo clínico aleatorizado de DBT reclutó a mujeres con TLP de alto riesgo, lo que consolidó a esta población como el grupo principal para la DBT. En ese momento, pacientes con TLP utilizaban aproximadamente el 40% de los recursos de salud mental, sin resultados satisfactorios con los tratamientos disponibles. DBT fue desarrollada a través de un proceso de prueba y error para tratar eficazmente el riesgo suicida y los comportamientos autodestructivos, ofreciendo un enfoque jerárquico y estructurado que ha llenado un vacío en el tratamiento de pacientes con conductas autolesivas crónicas (M. Linehan, 2014; Ward-Ciesielski et al., 2020)

2.3.1.2. Fundamento teórico

La perspectiva dialéctica de la TDC plantea que la realidad está compuesta por partes interrelacionadas, donde el comportamiento individual no puede comprenderse aislado del entorno. En esta, el paciente debe aprender habilidades que le permitan influir de su ambiente y proyectar este aprendizaje a diferentes contextos. En segundo lugar, también considera la realidad como un conjunto de fuerzas opuestas; el paciente con TLP experimenta extremos emocionales, por lo que el terapeuta busca ayudarlo a encontrar un equilibrio, aceptando sus

conductas disfuncionales como parte de su dificultad emocional y promoviendo conductas más saludables.

La filosofía dialéctica sostiene que el cambio es constante y necesario, el paciente debe aceptar que habrá cambios indeseados y que, para lograr nuevos enfoques positivos, debe modificar su comportamiento. Esta se convierte en un nexo entre aspectos importantes de la Terapia Conductual y el Mindfulness con la Validación. La esencia de la dialéctica es el equilibrio entre cambio y aceptación, donde el terapeuta promueve ambos enfoques en el proceso terapéutico para maximizar la efectividad del tratamiento en el TLP (Elices & Cordero, 2011; Vásquez-Dextre, 2016).

Con respecto a la validación mencionada antes, componente del mindfulness que incorpora Lineham en la TDC, esta consiste en comunicarle al paciente que sus emociones, pensamientos o comportamientos son comprensibles y tienen sentido en su contexto actual, aunque el terapeuta no necesariamente esté de acuerdo. Por ejemplo, si un paciente recurre a la autolesión para manejar emociones intensas, el terapeuta reconoce que esta conducta es comprensible debido a la falta de otras estrategias en su repertorio (Teti et al., 2015; Vásquez-Dextre, 2016).

La validación ayuda a que los pacientes se sientan comprendidos y mejora su adherencia a la terapia, aunque por sí sola, no logra cambiar los patrones disfuncionales. Junto a la validación, la terapia incorpora mindfulness, una práctica derivada de la meditación budista, que consiste en observar la realidad en el momento presente con aceptación y sin juzgar. A través del mindfulness, el paciente aprende a prestar atención al presente, aceptar sus experiencias y

desapegarse de ellas, evitando quedar atrapado en el malestar (Teti et al., 2015; Vásquez-Dextre, 2016).

Por otra parte, La teoría biosocial de Marsha Linehan sugiere que el TLP se desarrolla a partir de la interacción entre una predisposición biológica a la desregulación emocional y un entorno social invalidante. Esta vulnerabilidad biológica se caracteriza por tres elementos: alta sensibilidad emocional, que hace que la persona reaccione intensamente incluso a pequeños estímulos; alta reactividad emocional, que implica una respuesta emocional fuerte que afecta también los procesos cognitivos; y un retorno lento a la calma, que prolonga los estados emocionales intensos. Esto puede hacer que personas con esta vulnerabilidad se perciban a sí mismas de forma inconsistente, ya que su comportamiento parece depender en gran medida de su estado emocional (De la Vega-Rodríguez & Sánchez-Quintero, 2013; Koerner, 2012).

Esta vulnerabilidad se agrava en un entorno de crianza invalidante. En este tipo de ambiente, las emociones y percepciones del niño son desestimadas, rechazadas o castigadas (por ejemplo, se les dice que "dejen de llorar" o se les señala de "cobardes"). A medida que crece en este ambiente, el niño no aprende a reconocer, modular ni tolerar sus emociones de manera efectiva, ya que no recibe la validación ni la guía necesarias para interpretar y gestionar sus experiencias emocionales. Como resultado, en la adultez, estos individuos suelen experimentar los tres elementos mencionados anteriormente, lo que contribuye a los síntomas característicos del TLP, como la inestabilidad emocional y las conductas impulsivas (De la Vega-Rodríguez & Sánchez-Quintero, 2013; Koerner, 2012).

La teoría biosocial, entonces, postula que la desregulación emocional en el TLP no solo es una característica central del trastorno, sino una consecuencia de la combinación de factores

biológicos y ambientales. Esta interacción entre vulnerabilidad y ambiente crea un ciclo en el cual las emociones desbordantes no son comprendidas ni validadas, lo que refuerza la impulsividad y la dificultad para controlar las respuestas emocionales en diversos contextos de la vida (De la Vega-Rodríguez & Sánchez-Quintero, 2013; Koerner, 2012).

2.3.2. Estructura y componentes de la Terapia Dialéctica Conductual

2.3.2.1. Funciones del tratamiento

La Terapia Dialéctica Conductual (DBT) se estructura en cinco funciones clave diseñadas para abordar las necesidades de pacientes con desregulación emocional severa. Primero, busca mejorar las capacidades del paciente, enseñándole habilidades para regular sus emociones y comportamientos. Estas habilidades a menudo incluyen estrategias de afrontamiento y, en algunos casos, medicación complementaria. En segundo lugar, se enfoca en aumentar y mantener la motivación del paciente para participar activamente en el cambio, ya que muchos se sienten desesperanzados y resignados ante sus problemas (Koerner, 2012; M. Linehan, 2014).

La tercera función es asegurar que las nuevas habilidades del paciente se generalicen a otros entornos, dado que la desregulación emocional dificulta la adaptación en contextos variados, es crucial que el paciente aprenda a aplicar sus habilidades en situaciones reales y diferentes. Cuarta, la terapia también busca motivar y fortalecer al terapeuta, ya que trabajar con pacientes de alto riesgo, con crisis recurrente, puede desgastar su motivación y habilidades, por lo que el desarrollo de sus propias capacidades es esencial (Koerner, 2012; M. Linehan, 2014).

Finalmente, la quinta función es estructurar el entorno de apoyo, tanto para el paciente como para el terapeuta. Un ambiente estructurado asegura que cada persona en el proceso tenga roles y límites claros, lo cual es fundamental en contextos donde las crisis emocionales son frecuentes (Koerner, 2012; M. Linehan, 2014). De esta manera, la TDC se convierte en un tratamiento integral, proporcionando una organización y enfoque que ayudan a mantener el compromiso de ambos lados del proceso terapéutico.

Para cumplir con estas funciones, el tratamiento se distribuye en varios modos, cada uno con objetivos terapéuticos específicos y estrategias adaptadas para alcanzarlos. No es el modo en sí lo que resulta fundamental, sino su capacidad para abordar una función particular (Chapman et al., 2020; Crowell et al., 2021; Levy et al., 2018). Dichos modos de la TDC son:

1. **Terapia Individual:** Esta modalidad se centra en mejorar la motivación del paciente para el cambio. En sesiones semanales, el terapeuta establece una relación de confianza y guía a la persona en cómo reemplazar conductas problemáticas con comportamientos más saludables. Los pacientes utilizan tarjetas de registro diario para monitorear sus emociones, conductas y habilidades utilizadas, lo cual permite personalizar las metas del tratamiento.
2. **Grupos de Entrenamiento en Habilidades:** Los grupos semanales, de aproximadamente dos horas, se enfocan en la enseñanza de habilidades esenciales para la regulación emocional, como la atención plena, la tolerancia al malestar, la regulación emocional y la efectividad interpersonal. Estas clases están orientadas hacia la práctica, ayudando a los pacientes a aplicar habilidades que les permitan mejorar sus relaciones y controlar sus emociones.

3. **Coaching Telefónico:** Este modo permite a los pacientes contactar a sus terapeutas para recibir apoyo en situaciones reales fuera de las sesiones, ayudándoles a generalizar las habilidades a su vida cotidiana. Los terapeutas establecen límites claros para el coaching telefónico y evitan reforzar conductas ineficaces.
4. **Equipo de Consulta:** Este grupo de apoyo para terapeutas fomenta su motivación y habilidades para tratar a pacientes complejos. El equipo se reúne semanal o quincenalmente. Este funciona como “terapia para terapeutas”, donde cada miembro recibe ayuda, validación y estrategias de sus colegas para mejorar su efectividad. El equipo de consulta también enfatiza el enfoque dialéctico, explorando perspectivas opuestas para llegar a una síntesis equilibrada.

Estos modos proporcionan una estructura integrada que asegura que tanto los pacientes como los terapeutas, reciban el apoyo necesario para avanzar en el tratamiento de manera efectiva, basado en la estructura de Linehan.

2.3.2.2. Fases del tratamiento

El proceso terapéutico inicia con una fase de pretratamiento, seguida de cuatro posibles etapas que se determinan según el nivel de desorden o desregulación del paciente. La etapa uno se caracteriza por el descontrol conductual, la etapa dos por un sufrimiento emocional debido a trastornos psicológicos comórbidos, la etapa tres por problemas en la vida cotidiana y la última por una sensación de incompletitud.

En la fase de pretratamiento, el objetivo es establecer una relación terapéutica colaborativa y asegurar el compromiso tanto de ambas partes. Se presentan los componentes, funciones y bases de la terapia. Se acuerdan metas, normas de participación como la asistencia a sesiones

y el enfoque en comportamientos críticos, como reducir conductas que ponen en peligro la vida. Además, el terapeuta se compromete a brindar el mejor tratamiento posible y a buscar apoyo profesional cuando sea necesario. Si no se logra este compromiso, este puede considerar derivar al cliente a otro profesional o entorno terapéutico (Crowell et al., 2021; Ward-Ciesielski et al., 2020).

La primera etapa se enfoca en controlar la desregulación conductual, especialmente comportamientos de alto riesgo como intentos de suicidio, autolesiones y daño a otros. El segundo objetivo es aumentar el control conductual y fomentar el uso de habilidades adquiridas. En esta fase, los pacientes siguen una jerarquía de prioridades: conductas que amenazan la vida, comportamientos que interfieren con la terapia, problemas que afectan la calidad de vida y, finalmente, el desarrollo de habilidades. Las sesiones siguen un formato estructurado, comenzando con la revisión de tarjetas de registro diarias para establecer la agenda, y la participación en clases semanales de habilidades (Crowell et al., 2021; Ward-Ciesielski et al., 2020).

Las tarjetas de registro es donde la persona anota sus comportamientos diarios que considere importante, y así el terapeuta logre identificar que prioridades tratar (Koerner, 2012). Esta etapa suele durar de 6 a 12 meses, muchos pacientes logran completar el tratamiento después de esta fase inicial.

La segunda etapa se centra en abordar el sufrimiento emocional después de haber logrado un mayor control conductual en la primera etapa. El objetivo de esta fase es ayudar a los pacientes a experimentar emociones sin trauma. Es común, por ejemplo, que personas con TLP tengan antecedentes de traumas graves, a menudo con diagnóstico de Trastorno de Estrés

Post Traumático (TEPT). En esta etapa, los terapeutas se enfocan en ayudar a las personas a procesar emociones intensas y reducir la evitación conductual (Crowell et al., 2021; Ward-Ciesielski et al., 2020).

Las etapas tres y cuatro se enfocan en mejorar la calidad de vida y alcanzar un bienestar pleno. En la etapa tres, el objetivo es abordar problemas cotidianos para que los pacientes logren una felicidad estable. Esto incluye trabajar en problemas psicológicos menos severos (como ansiedad) y fomentar el desarrollo de relaciones significativas. Los pacientes refuerzan sus habilidades, estrategias cognitivas y aceptación, para prevenir recaídas (Crowell et al., 2021; Ward-Ciesielski et al., 2020).

La etapa cuatro se dirige a aquellos que, a pesar de su progreso, aún sienten cierta “incompletitud.” Aquí, el objetivo es alcanzar un sentido de libertad y capacidad para experimentar la alegría plena, similar al nivel de autorrealización en la pirámide de Maslow. Los pacientes en esta fase buscan un sentido de conexión y propósito en el mundo, a veces a través de la espiritualidad o el crecimiento personal (Crowell et al., 2021; Ward-Ciesielski et al., 2020).

2.3.3. Evidencia empírica.

La TDC es un método psicoterapéutico ampliamente estudiado entre aquellas que manejan el Trastorno Límite de la Personalidad y sintomatología similar, esta ha acumulado evidencia a su favor (Levy et al., 2018). Según Teti et al. (2015), desde el primer estudio en mujeres con conductas suicidas crónicas que cumplían los criterios de TLP que realiza Lineham, hasta el 2015, se habían desarrollado 20 estudios controlados y aleatorizados sobre la TDC, realizados en 14 centros independientes. Este demostró su eficacia en el tratamiento de diversos

problemas conductuales, incluyendo intentos de suicidio, conductas de autolesión, abuso de sustancias, bulimia y depresión.

En 2006, los resultados del primer estudio de Linehan fueron replicados en un diseño de seguimiento de dos años, demostrando que la DBT es más eficaz que una terapia no conductual aplicada por psicoterapeutas expertos para reducir los intentos de suicidio, las autolesiones, las visitas a urgencias y el número de hospitalizaciones en estos pacientes (De la Vega-Rodríguez & Sánchez-Quintero, 2013; M. M. Linehan, Comtois, Murray, et al., 2006).

Existen una significativa cantidad de estudios controlados y aleatorizados sobre la eficacia de la terapia desarrollados por Linehan, en los cuales los pacientes que la recibieron fueron comparados con aquellos que recibieron el tratamiento usual o terapia basada en expertos (M. M. Linehan, 1991, 1993; M. M. Linehan, Comtois, Murray, et al., 2006; M. M. Linehan et al., 1999, 2008). En general, los resultados mostraron que esta reduce de manera significativa las conductas autolesivas, las hospitalizaciones y las visitas a los servicios de emergencia, así como la adherencia al tratamiento.

Así también, estudios controlados y aleatorizados realizados por otros investigadores encontraron que, en resumen, los pacientes que recibieron Terapia Dialéctica Conductual mostraron una disminución significativa en las conductas autolesivas, la impulsividad y la ideación suicida (Hernández-Bustamante et al., 2023; Panos et al., 2014).

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1. MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo se presentará la estrategia principal para la búsqueda y selección de los artículos que formarán parte de la Revisión Sistemática (RS). Se definirán las hipótesis que serán evaluadas a través del análisis de los artículos seleccionados, los cuales se identificarán a partir de criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. Además, se explicarán los métodos utilizados para la recolección de información, detallando las fuentes consultadas, las bases de datos empleadas y las palabras clave utilizadas en la búsqueda. Finalmente, se describirá el proceso llevado a cabo para la selección de los artículos incluidos en la revisión.

3.1.1. Tipo de investigación y enfoque

Se llevó a cabo una Revisión Sistemática (RS), una metodología que, por su estructura y contenido, se considera una herramienta adecuada para los profesionales en Psicología. Este enfoque permite sintetizar información relevante sobre métodos, resultados, conclusiones y recomendaciones obtenidas de diversas fuentes primarias de investigación. De esta manera, proporciona al lector una actualización integral y una visión amplia de los hallazgos disponibles, facilitando su aplicación en la toma de decisiones informadas (Moncada et al., 2023; Sánchez-Serrano et al., 2022).

En cuanto al enfoque, esta revisión adoptó un método mixto, integrando en un solo trabajo investigaciones que emplearon metodologías cuantitativas, cualitativas y mixtas. Estas fueron analizadas de manera minuciosa y posteriormente incorporadas a los resultados de la RS, en de acuerdo con el planteamiento del problema.

3.1.2. Propósito e hipótesis de la revisión sistemática.

Como se mencionó previamente, la revisión sistemática se llevó a cabo mediante un análisis riguroso de artículos científicos, con el objetivo de evaluar la eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual en el tratamiento de personas con Trastorno Límite de la Personalidad. Para este propósito, se formularon dos hipótesis:

Hipótesis nula: La TDC, según los resultados obtenidos del grupo experimental en comparación con el grupo de control, no muestra ser eficaz para el tratamiento de personas diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad.

Hipótesis alternativa: La TDC, según los resultados obtenidos del grupo experimental en comparación con el grupo de control, muestra ser eficaz para el tratamiento de personas diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad.

3.1.3. Métodos de recolección de información.

Para garantizar que el trabajo sea preciso, transparente y libre de sesgos, se siguió una metodología estructurada compuesta por cinco pasos para la recolección de la información y evaluación de resultados. En primer lugar, se utilizó el método PICO para formular una pregunta de investigación que guiara todo el proceso, la pregunta utilizada fue: ¿Cuál es la eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual en el tratamiento de personas con el Trastorno Límite de personalidad?. Posteriormente, se definieron criterios de inclusión y exclusión que delimitaron los artículos a considerar. A continuación, se realizó una búsqueda bibliográfica detallada basada en dichos criterios, seguida de una revisión exhaustiva y la selección de los artículos obtenidos. Finalmente, cada artículo fue verificado empleando la metodología estandarizada del PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and

Meta-Analyses), herramienta diseñada para validar y asegurar la transparencia del proceso mediante una lista de verificación (Page et al., 2021).

A continuación, en la Tabla 1, se presentan los criterios de inclusión y exclusión definidos para la búsqueda de las fuentes a utilizar. Estos establecen los parámetros de los estudios a considerar para ser incluidos en la RS.

Tabla 1

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios inclusión	Criterios exclusión
Idioma: inglés, español	Artículos que no reporten métricas
Variable dependiente: Personas diagnosticadas con Trastorno Límite de Personalidad.	relacionadas con la eficacia o que no incluyan resultados específicos del
Variable independiente: Intervención basada en la Terapia Dialéctica Conductual.	TLP.
Estudios que incluyan participantes con diagnóstico clínico de TLP basado en criterios del DSM-5, DSM-4 TR o ICD-11, ICD-10.	Ensayos con intervenciones para tratar pacientes con solo sintomatología del TLP o sin diagnóstico formal claro.
Ensayos Controlados Aleatorizados con Grupos Control y Grupo Experimental y Cuasiexperimental	Ensayos donde se evalué el TLP en conjunto con uno o más trastornos
Artículos publicados entre el 2019-2024	Intervenciones donde se incluya tratamiento farmacológico para el TLP
Ensayos donde se utilice la TDC (programa completo) de 6 a 12 meses	
Ensayos donde se aplique la TDC como tratamiento del TLP	

Fuente: elaboración propia, 2024.

3.1.4. Fuentes de información.

De acuerdo con Sánchez-Serrano et al (2022), para minimizar el sesgo, se emplearon múltiples bases de datos que permitieron identificar estudios con diversos enfoques y resultados relacionados con el tema de investigación. En esta revisión se utilizaron las bases de datos Google Académico, PubMed, Science Direct, Sage y Wiley.

3.1.5. Términos, descriptores y palabras clave.

Las palabras clave y operadores booleanos empleados en la búsqueda de artículos científicos para esta Revisión Sistemática se detallan en la Tabla 2. Estas palabras se definieron tanto en inglés como en español.

Tabla 2

Descriptores y palabras clave

Terminología en inglés	Terminología en español
- Dialectical Behavioral Therapy AND Borderline Personality Disorder	- Terapia Dialéctica Conductual AND Trastorno Límite de Personalidad

Fuente: elaboración propia, 2024

3.1.6. Selección de estudios considerados para su inclusión

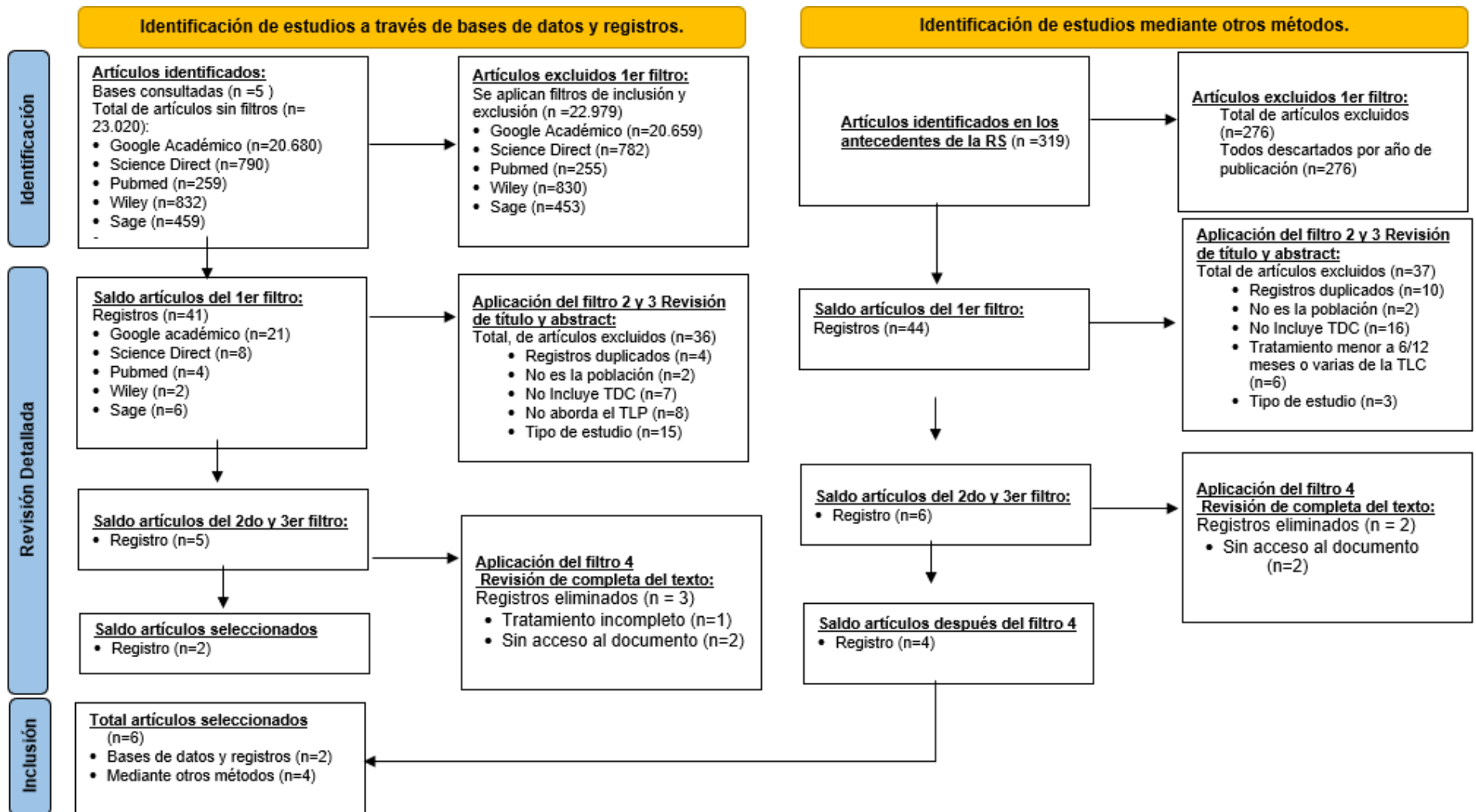
Se implementaron cuatro filtros en una matriz diseñada en Excel (ver Anexo I), ajustada por el investigador para sistematizar el proceso. Primer filtro: Se definió el motor de búsqueda, configurando este para incluir artículos publicados entre enero de 2019 y noviembre de 2024. Este rango temporal garantiza que no se omitan publicaciones recientes. Se especificaron términos combinados con operadores booleanos "AND" y "OR", excluyendo términos irrelevantes con "NOT", para filtrar estudios, documentos y poblaciones no contempladas. Toda la búsqueda se realizó en los títulos de los artículos.

Segundo filtro: Dado que Google Académico, PubMed y Science Direct recopilan información de otras bases de datos, se filtraron artículos presentes de fuentes primarias como Sage y Wiley (incluidas en esta revisión). Además, se eliminaron los duplicados.

Tercer filtro: Aplicando el quinto punto de PRISMA, se analizaron los títulos y resúmenes de los artículos, verificando criterios como idioma (inglés y español), inclusión de la variable independiente (intervenciones basadas en Terapia Dialéctica Conductual), variable dependiente (tratamiento de personas con TLP) y tipo de estudio. Para el cuarto filtro, se revisaron los textos completos de los artículos, considerando nuevamente los criterios previamente establecidos. Finalmente, se utilizó el enfoque de búsqueda “por otros métodos”, incorporando los artículos de revisiones sistemáticas utilizadas en los antecedentes y procesándolos a través de los cuatro filtros descritos.

3.1.7. Selección final de los estudios (Diagrama de Flujo Prisma)

La búsqueda en bases de datos y registros resultó en 41 artículos, a los que se sumaron 276 identificados a partir de los antecedentes de la Revisión Sistemática. Aplicando los filtros descritos previamente, se revisaron los títulos, resúmenes y textos completos, quedando finalmente seis artículos seleccionados para el análisis. A continuación, se presenta un diagrama de flujo basado en la declaración PRISMA (Page et al., 2021) que ilustra el proceso de selección.



Fuente: Elaboración propia, 2024

Durante la fase de identificación de artículos, el número inicial se redujo tras aplicar filtros al título y limitar la búsqueda al periodo entre 2019 y noviembre de 2024. Solo se aceptaron textos en inglés o español y se descartaron aquellos que contenían términos como "revisión sistemática", "editorial", "comentario", "directriz", "congreso", "entrevista", "carta", "noticia", "diario", "libro", "jornada" y "citas", así como sus traducciones al inglés.

Posteriormente, se revisaron los títulos y resúmenes de los artículos restantes, eliminando duplicados y registros que incluían participantes sin un diagnóstico oficial de TLP. También se excluyeron estudios en los que la TDC se utilizaba en combinación para tratar a personas con TLP y otro trastorno en conjunto (por ejemplo, Trastorno de Estrés Postraumático, Trastorno Bipolar u otro Trastorno de la Personalidad), ya que los resultados no podían atribuirse exclusivamente al tratamiento del TLP. Asimismo, se descartaron aquellos en los que la TDC se aplicaba junto con tratamiento farmacológico.

Seguidamente, se excluyeron los registros en los que la población fuese diagnosticada de otro tipo de Trastorno de Personalidad. Finalmente, durante la revisión del texto completo, se identificaron cuatro artículos a los que no se pudo acceder de forma gratuita, así como un registro donde el tratamiento no cumplía con el criterio de duración de la terapia y un diagnóstico formal, por lo que también fueron descartados. En la Tabla 3 se presentan los estudios que cumplieron con los criterios de elegibilidad, organizados por año de publicación, incluyendo información sobre los autores, objetivo, variables estudiadas, registro del estudio y tipo de publicación.

Tabla 3

Muestra de los artículos seleccionados para revisión

Autores	Tipo de estudio	Participantes e Intervenciones	Duración TDC	Medidas de resultados	Objetivo
Barnicot y Crawford (2019)	ENA	Muestra total = 90 TDC n=58, TBM n=32; Edad 31 ±13 años; 72% mujeres 28% hombres	12 meses	Abandono o finalización del tratamiento, Cantidad de A&E durante el tratamiento, SASII, BEST, DERS, DES, SIDES-SR	Comparar los resultados clínicos entre pacientes con TLP que reciben terapia dialéctico-conductual (TDC) y Terapia basada en la Mentalización (TBM), evaluando aspectos como autolesiones, desregulación emocional y relaciones interpersonales
Bianchini et al. (2019)	ECA	Muestra total = 21 TDC y TH n=10, TH n= 11; Edad 41.79 ±8.14 años; 100% hombres	12 meses	BIS-11, DERS, TAS-20	Evaluar la TDC en pacientes psiquiátricos forenses TLP, internados en instalaciones terapéuticas de alta intensidad en Italia o <i>Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza</i> (REMS), en comparación con los tratamientos estándar ofrecidos en estas unidades.
Kuehn et al. (2021)	ECA	Muestra total = 99 TDC = 33, TDC-I = 33, TDC-S = 33; Edad 30.3 años; 100% mujeres	12 meses	SHI, LIFE, DERS, RWCCCL. SASII	Determinar las diferencias entre y dentro de los individuos, para predecir de manera prospectiva la probabilidad de que un individuo con un intento de suicidio en el último año realice otro durante o después del tratamiento.
McMain et al (2020)	ECA	Muestra total = 240 TDC 12meses = 120, TDC 6meses = 120; Edad 28.27 ±8.62 años, 79% mujeres 27% hombres	12 meses y 6 meses	SASII, BSL-23, BDI II, IIP-64, STAXI -2 [AXO], SCL 90-R	Determinar si 6 meses de Terapia Dialéctica Conductual son no inferiores a 12 meses de DBT en términos de eficacia clínica.

Autores	Tipo de estudio	Participantes e Intervenciones	Duración TDC	Medidas de resultados	Objetivo
Guillén et al (2021)	ENA	Muestra total =72 TDC = 45, STEPPS = 27; Edad 32.12 ±8.83 años; 94.4% mujeres 5.6% hombres	6 meses	BSL-23, BDI-II, BIS-11, DES, OASIS, SRS, STAXI -2, QoL DERS, RS-15, RFL	Comparar la TDC con el entrenamiento en sistemas para la previsibilidad emocional y resolución de problemas (STEPPS por sus siglas en inglés) en pacientes TLP. Esto a través de las diferencias en la reducción de síntoma, regulación emocional, impulsividad y riesgo suicida.
Walton et al (2020)	ECA	Muestra total = 162 TDC = 81, MC = 81; Edad 26.6 ±7.8 años; 77% mujeres 27% hombres	14 meses	SASI-Count, BDI-II, BPDSI-IV, IIP, DES, SSI, KIMS, DERS	Comparar la eficacia de la TDC y el Modelo Conversacional (CM por sus siglas en inglés) en el tratamiento del TLP en un entorno clínico rutinario en Australia. Esto mediante los cambios en episodios suicidas y no suicidas, así como en la severidad de la depresión, tras 14 meses de tratamiento.

Nota. Estudio Controlado Aleatorizado (ECA). Estudios No Aleatorizados (ENA). Terapia Dialéctica Conductual (TDC). Terapia basada en la Mentalización (TBM). Accidente y Emergencias (A&E). *The Suicide Attempt Self Injury Interview* (SASII). *The Borderline Evaluation of Severity over Time* (BEST). *The Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS). *The Dissociative Experiences Scale* (DES). *The Alterations in Relationships subscale of the Structured Interview for Disorders of Extreme Stress– Self-Report* (SIDES-SR). Tratamiento Habitual (TH). *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS-11). *Toronto Alexithymia Scale 20* (TAS-20). Terapia Dialéctica Conductual – Terapia Individual (TDC-I). Terapia Dialéctica Conductual – Entrenamiento de habilidades (TDC-S). *The Social History Interview* (SHI). *Longitudinal Interview Follow-up Evaluation Base Schedule* (LIFE). *Revised Ways of Coping Checklis* (RWCCCL). *Borderline Symptom List-23* (BSL-23). *Beck Depression Inventory-II* (BDI II). *Inventory of Interpersonal Problems* (IIP-64). *Global Severity Index of the Symptom Checklist-90-Revised* (SCL 90-R). *State-Trait Anger Expression Inventory-2 – Anger Expression-Out Subscale* (STAXI -2 [AXO]). *Overall Anxiety Severity and Impairment Scale* (OASIS). *Suicide Risk Scale* (SRS). *State-Trait Anger Expression Inventory—II* (STAX-II). *Quality of Life Index* (QoL). *Resilience Scale-15* (RS-15). *Reason for Living*. (RFL). *Modelo Conversacional* (MC). *Suicidal and non-suicidal self-injury – Count* (SASI-Count). *Borderline Personality Disorder Severity Index* (BPDSI-IV). *Sense of Self Inventory* (SSI). *Mindfulness: Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* (KIMS).

Fuente: Elaboración propia, 2024.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. GENERALIDADES

En el proceso de esta revisión sistemática, se recuperaron un total de 85 artículos para la revisión del título y resumen, excluyéndose después del proceso 74 estudios. De los 11 estudios restantes después de la exclusión, se exploró el texto y se eliminaron 5, lo que da un total de 6 investigaciones elegidas por cumplimiento de los criterios de selección, compuestos por cuatro ECA con un total de 522 participantes y dos de ENA con 162 participantes. Todos brindaron información acerca de los efectos que presenta la aplicación de la Terapia Dialéctica Conductual en personas con Trastorno Límite de Personalidad. En este capítulo se aplica un análisis detallado de los datos demográficos, seguidamente se mostrarán los resultados obtenidos de la práctica de la TDC, finalizando con el desarrollo del tercer objetivo, en donde se representa del efecto de la terapia en los comportamientos autolesivos e ideación suicida.

4.1.1 Perfil sociodemográfico de la muestra analizada en los estudios incluidos.

Como objetivo de esta investigación, resulta importante detallar las características de la muestra seleccionada en los estudios analizados. En algunos casos, los investigadores, en acuerdo con los y las participantes, decidieron preservar la confidencialidad de los datos sociodemográficos, lo que resultó en la omisión de esta información en algunos de los artículos.

A continuación, en la Tabla 4 se presenta un resumen con datos relevantes, como el tamaño de la muestra, las edades de los participantes en promedio, su país de origen, el número de personas que completaron la terapia y la duración de esta. Se incluye una descripción detallada de cada estudio, considerando los criterios de inclusión y exclusión aplicados por los investigadores.

Tabla 4
Resumen de datos sociodemográficos

Autores	Muestra	País de Origen	Edades	Tratamiento completado
Barnicot y Crawford (2019)	Muestra total = 90 TDC n=58, TBM n=32; 65 mujeres 25 hombres	Reino Unido	Edad 31 ±13 años	n=24 aproximadamente (42%, 12 meses), TDC
Bianchini et al. (2019)	Muestra total = 21 TDC n=10, TH n= 11; 21 hombres	Italia	Edad 41.79 ±8.14 años	n=21 (12 meses)
Kuehn et al. (2021)	Muestra total = 99 TDC = 33, TDC-I = 33, TDC-S = 33; 99 mujeres	Estados Unidos	Edad 30.3 años	n=79 aproximadamente, (80.14, 12 meses)
McMain et al (2020)	Muestra total = 240 TDC 12meses = 120, TDC 6meses = 120; 79% mujeres 21% hombres	Canadá	Edad 28.27 ±8.62 años	n=168 (90-6 meses y 78-12 meses)
Guillén et al (2021)	Muestra total =72 TDC = 45, STEPPS = 27; 68 mujeres 4 hombres	España	Edad 32.12 ±8.83 años	n=31 (6meses), TDC
Walton et al (2020)	Muestra total = 162 TDC = 81, MC = 81; 125 mujeres 37 hombres	Australia	Edad 26.6 ±7.8 años	n=45 (12 meses) TDC

Nota: Terapia Dialéctica Conductual (TDC). Terapia basada en la Mentalización (TBM). Tratamiento Habitual (TH). Terapia Individual (TDC-I). Terapia Dialéctica Conductual – Entrenamiento de habilidades (TDC-S). Entrenamiento en sistemas para la previsibilidad emocional y resolución de problemas (STEPPS por sus siglas en inglés).

Fuente: Elaboración propia basada en los artículos seleccionados.

Continuando con el detalle de la Tabla 10, en el estudio de Barnicot y Crawford (2019), se incluyó a los participantes que cumplían con los criterios diagnósticos para Trastorno Límite de la Personalidad según el DSM-IV TR y aquellos que estaban próximos a iniciar tratamiento ambulatorio con Terapia Dialéctica Conductual o Terapia Basada en la Mentalización. Por otro lado, se excluyó a quienes presentaran discapacidad intelectual o dificultades

significativas para comunicarse en inglés que les impidiera completar los cuestionarios del estudio o que no contaran con la capacidad suficiente para otorgar su consentimiento informado para participar en la investigación.

Bianchini et al. (2019) incluyeron en el estudio a quienes cumplieron con los criterios para el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad, evaluados mediante el Inventario de Evaluación de la Personalidad (o PAI por sus siglas en inglés) y confirmados a través de una entrevista clínica realizada por un psiquiatra. Además, era necesario que presentaran un historial de comportamientos violentos hacia otros. Los criterios de exclusión incluían la presencia de un déficit cognitivo ($CI < 70$) o enfermedades neurológicas comórbidas.

Seguidamente, en el artículo de Kuehn et al. (2021), se incluyó en el estudio a los participantes que cumplieran con los criterios diagnósticos de Trastorno Límite de la Personalidad según el DSM-IV TR. Además, era requisito haber tenido al menos dos episodios de conductas autolesivas intencionales (intentos de suicidio o autolesiones no suicidas) en los últimos cinco años, uno de ellos ocurrido en las ocho semanas previas al ingreso al estudio y al menos un intento de suicidio en el último año.

Se excluyó a aquellos participantes que presentaban un coeficiente intelectual inferior a 70, cumplían criterios para trastornos psicóticos o bipolares, padecían un trastorno convulsivo que requería medicación o necesitaban tratamiento primario para otra condición que pusiera en riesgo su vida.

En McMMain et al (2020), los criterios de inclusión para el estudio fueron un diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad según el DSM-IV TR, edad entre 18 y 60 años, al menos dos episodios de intentos de suicidio o autolesiones no suicidas (NSSI por sus siglas en inglés)

en los últimos cinco años, con al menos uno de ellos ocurrido en los últimos dos meses.

Además, se requería dominio del idioma inglés y contar con un seguro de salud provincial válido en Ontario o Columbia Británica durante el último año.

Siguiendo con los criterios, fueron excluidos de la investigación aquellas personas con un diagnóstico de trastorno bipolar tipo I, demencia o trastorno psicótico, coeficiente intelectual de 70 o menos, haber recibido al menos 8 semanas de Terapia Dialéctica Conductual (DBT) en el último año y planes de mudarse fuera de la provincia durante el período del ensayo.

Continuando con Guillén et al (2021), los criterios de inclusión contemplaban a pacientes que cumplieran con los criterios diagnósticos del Trastorno Límite de la Personalidad según el DSM-5 y aceptaran recibir el tratamiento propuesto. Seguidamente, los criterios de exclusión consideraban a aquellos pacientes con discapacidad intelectual moderada o severa y un diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar.

Finalmente, en el estudio de Walton et al (2020), se incluyó en el para este a quienes cumplieran con un diagnóstico de TLP según los criterios del DSM-IV TR, al menos tres episodios de intentos de suicidio o autolesiones no suicidas (NSSI) en los últimos 12 meses, y tener entre 18 y 65 años.

Por otro lado, se excluyó a quienes padecieran de condiciones orgánicas incapacitantes, enfermedad psicótica aguda, comportamiento antisocial que representara una amenaza significativa para el personal o los pacientes, discapacidades del desarrollo, residir a más de una hora en automóvil del centro de tratamiento, incapacidad para hablar o leer en inglés, dependencia actual de sustancias y haber recibido tratamiento previo con TDC o MC (según lo informado por el paciente).

En síntesis, la muestra total de participantes en los seis estudios fue de 684 participantes (183 de Europa, 339 de América, y 162 de Australia) divididos entre 547 mujeres y 137 hombres aproximadamente, de edades promedio entre los 20 a 50 años. Todos los artículos establecieron como un criterio importante que los pacientes no tuviesen un diagnóstico de Trastorno Bipolar o discapacidades intelectuales.

Continuando con la información sociodemográfica es de gran importancia abundar en otras características, ya que no se trata solamente de números y datos, es necesario tomar en cuenta el contexto que han detallado los autores acerca de las personas que son diagnosticadas de TLP, a fin de no “cosificarlas”. En la Tabla 5 se sintetiza información sobre datos específicos de dicho contexto de vida, información que cada participante brindó. Se incluye estado civil, situación laboral, nivel educativo alcanzado, empleo y etnia de las personas.

Tabla 5

Resumen de los datos sociodemográficos

Datos de interés	Artículos					
	Barnicot y Crawford (2019)	Bianchini et al. (2019)	Kuehn et al. (2021)	McMain et al (2020)	Guillén et al (2021)	Walton et al (2020)
Estado Civil						
Soltero(a)	*	n=18	*	*	n=53	n=51
Casado (a)	*	*	*	n=26	n=9	n=22
Separado(a), divorciado(a) o viudo(a)	*	*	*	n=14	n=10	n=8
Nunca casado(a)	*	*	*	n=128	*	*
Preparación académica						
Escuela o menos	*	*	*	n=37	n=26	n=76
Algo de colegio	*	9.62 ±2.95 años	*	n=51	n=33	n=33
Post colegio	*	*	*	n=80	n=13	n=49
Empleo						
Con trabajo	n=22	n=1	*	n=66	*	n=59
Sin trabajo	n=65	*	*	*	*	*
Detalles adicionales						
Personas caucásicas	n=54	*	*	*	n=72	n=70
Personas afrodescendientes u otras minorías étnicas	n=32	*	*	*	*	n=11

Nota: *estudios no presentan datos relacionados con ese rubro.

Fuente: Elaboración propia basada en los artículos seleccionados, 2024.

Los investigadores dan el dato civil donde 250 de los participantes de las investigaciones no tenía pareja ya fuese porque se encontraban solteros o nunca se habían casado (32 adicionales que estaban divorciados, separados o viudos), y, al contrario, solo 57 casados al momento de las pruebas. Con respecto a la preparación académica, los estudios brindan el dato de que 139 de estos solo contaban con educación primaria o menos, 117 con algo de educación secundaria o finalizada y 142 con educación post-secundaria.

Cabe mencionar que el estudio de Bianchini et al (2019), donde los 21 de sus participantes eran privados de libertad, tenían una preparación académica promedio de 9.62 años con más o menos 2.95 años, por lo que se puede asumir que se mantienen entre las categorías de educación primaria o secundaria, más sus edades se encontraban en un promedio de 33 y 50 años.

Acerca de la vida laboral se obtuvieron 213 datos de los artículos, de estos se encontró que 148 laboraban y 65 no lo hacían, mas este dato solo fue incluido por Barnicot y Crawford (2019). Adicionalmente, se representan 238 datos donde se hace referencia a la etnia presente en la muestra, donde 195 son personas caucásicas y 43 afrodescendientes u otras minorías.

4.1.2 Eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual en el tratamiento de personas con el Trastorno Límite de Personalidad.

En esta sección se realiza el análisis de la eficacia de la TDC que reportó cada artículo. La eficacia se refiere a la capacidad de una intervención para generar un cambio beneficioso o un efecto terapéutico bajo condiciones ideales o controladas. Esta capacidad se evalúa mediante ensayos clínicos controlados, dado que la inclusión en un estudio distorsiona la práctica habitual, la cual estaría más relacionada con el concepto de efectividad (Burches & Burches, 2020).

En los estudios seleccionados para la revisión, se analizaron diversas variables. Sin embargo, con el propósito de mantener el enfoque en la línea de investigación de esta, se priorizó exclusivamente las evaluaciones que se relacionaban a la sintomatología y rasgos presentes en personas con TLP, tal y como se resume en la Tabla 6, donde se detallan los hallazgos tras la implementación de la intervención la TDC en distintos ECA o ENA. La tabla ofrece detalles de las técnicas comparadas, el formato de la aplicación, el instrumento utilizado para la medición y los resultados obtenidos.

Tabla 6
Resumen obtenido de los artículos por la aplicación de la TDC

Autores	VARIABLES	Técnicas Comparadas	Instrumento medición.	Evaluación aplicada	Resultados
Barnicot y Crawford (2019)	- Severidad del TLP - Regulación emocional - Relaciones interpersonales	TDC y TBM	BEST, DERS, SIDES-SR	- Previo a la intervención. - Seguimiento a los 3, 6, 9 y 12 meses.	Pacientes recibiendo ambos tratamientos demostraron mejora en la severidad del TLP y las relaciones interpersonales. LA DBT mostró un mayor descenso en la desregulación emocional que la TBM (Puntuación de 130+ a 103.1 para TDC y 120 a 108.7 TBM)
Bianchini et al. (2019)	- Impulsividad - Regulación emocional	TDC y TH	BIS-11, DERS	- Previo a la intervención. - Posterior a la intervención.	Al final del estudio, se observó una ligera tendencia a la disminución de los puntajes las escalas evaluadas, aunque solo en el grupo tratado con TDC registró una reducción significativa en los puntajes totales de impulsividad (58.2 a 50.66, puntajes con prueba Wilcoxon, $p=0.05$). Además, la TDC evidenció una reducción general en las dificultades relacionadas con la regulación emocional, aunque ninguna subescala del cuestionario DERS mostró diferencias estadísticamente significativas ($p<0.05$).
Kuehn et al. (2021)	- Satisfacción en las relaciones - Regulación Emocional - Estrategias de afrontamiento	TDC, TDC-I y TDC-S	SHI, DERS, RWCCCL.	- Previo a la intervención - De manera cuatrimestral en un año - Seguimiento un año después	De acuerdo con las puntuaciones obtenidas del modelo lineal mixto generalizado (GLMM por sus siglas en inglés), En la satisfacción en las relaciones, la TDC estándar se expresó un cambio a lo largo de los 12 meses (2.00 a 2.12 en promedio), esta escala disminuye a los 24 meses debajo de su puntaje base, aunque los valores registrados continuaron siendo superiores en comparación con las modalidades TDC-I y TDC-S. En cuanto a las condiciones de regulación emocional y estrategias de afrontamiento, los datos indican que la TDC estándar generó mejoras significativas, destacándose los resultados en la escala DERS. Los puntajes en esta experimentaron un cambio notable, pasando de 126.13 en la evaluación previa al tratamiento a 88.96 a los 12 meses, manteniéndose estables en 88.88 al cumplir 24 meses.

Autores	Variables	Técnicas Comparadas	Instrumento medición.	Evaluación aplicada	Resultados
McMain et al (2020)	<ul style="list-style-type: none"> -Sintomatología TLP -Funcionamiento Interpersonal -Depresión -Expresión de enojo 	TDC 12meses y TDC 6meses	BSL-23, IIP64, STAXI -2 [AXO], BDI II	<ul style="list-style-type: none"> -Previo a la intervención -Cada tres meses por un año -Seguimiento un año después 	<p>Los criterios de no inferioridad para los síntomas del TLP se cumplieron en los meses 6 y 12, así como en el mes 6 para las mejoras en el funcionamiento interpersonal, depresión y expresión del enojo, según intervalos de confianza del 95 % y 99 %. La remisión diagnóstica se definió como el cumplimiento de menos de cinco criterios del DSM-IV TR para TLP a los 24 meses. Según esta definición, la tasa de remisión diagnóstica fue del 56 % en ambas condiciones, sin diferencias significativas entre los grupos estudiados.</p>
Walton et al (2020)	<ul style="list-style-type: none"> -Severidad del TLP -Problemas interpersonales -Identidad y autoimagen -Regulación Emocional -Depresión 	TDC y MC	BPDSI-IV, IIP, SSI, DERS, BDI II	<ul style="list-style-type: none"> -Previo a la intervención -Mitad de la intervención (7 meses) -Post-intervención (14 meses) 	<p>En la evaluación inicial, el 78% de la muestra total se encontraba en la categoría de depresión "severa" según el BDI-II (puntajes entre 29 y 63), representando el 83% del grupo tratado con TDC y el 74 % del grupo de MC. Al finalizar el tratamiento, esta disminuyó al con el 18 % TDC y el 30 % MC. Dentro del grupo de TDC, los participantes que abandonaron el tratamiento presentaron puntajes más altos en el BPDSI (media = 43.28) en comparación con aquellos que lo completaron (media = 37.60). La TDC mostro una mejora significativa en los puntajes de depresión desde la evaluación inicial hasta la mitad del tratamiento (χ^2 de Wald = 8.05, p = 0.005) y desde la evaluación inicial hasta el final del tratamiento (χ^2 de Wald = 8.00, p = 0.005). Aunque no se observaron diferencias significativas entre TDC y CM en la gravedad del TLP ni en problemas interpersonales, la TDC mostró un beneficio diferencial significativo en la mejora de las habilidades de regulación emocional desde la línea base (χ^2 de Wald = 7.04, p = 0.008).</p>

Autores	Variables	Técnicas Comparadas	Instrumento medición.	Evaluación aplicada	Resultados
Guillén et al (2021)	-Severidad del TLP -Depresión -Impulsividad -Ansiedad -Enojo -Regulación Emocional	TDC y STEPPS	BSL-23, BIS-11, DERS, BDI, STAXI-II, OASIS	-Previo a la intervención. -Posterior a la intervención.	<p>En comparación con la técnica STEPPS, la TDC mostró una mejora más significativa en la sintomatología del TLP, con un resultado F estadístico del análisis de ANOVA= 7.39, $p = 0.03$, $\mu^2 = 0.30$. En particular, en la subescala de síntomas conductuales del TLP (BSL-23), ambas condiciones mostraron mejoras después del tratamiento ($F = 4.98$, $p = 0.03$, $\mu^2 = 0.20$), pero la TDC evidenció un progreso superior al de STEPPS (BSL-23, $F = 8.42$, $p = 0.01$, $\mu^2 = 0.30$).</p> <p>Ambas técnicas de tratamiento lograron una mejora estadísticamente significativa en la psicopatología del TLP en relación con otros resultados desde el pretratamiento hasta el postratamiento. Es importante destacar que los participantes en la condición de TDC presentaban un menor nivel de funcionamiento global (GAF), $t(48) = 2.41$, $p < 0.02$, y una mayor severidad de síntomas, $t(48) = 4.05$, $p < 0.001$, en comparación con los participantes en la condición STEPPS. Por lo que los participantes de TDC fueron calificados como más severos que a los de STEPPS.</p>

Notas: Terapia Dialéctica Conductual (TDC). Terapia basada en la Mentalización (TBM). *The Borderline Evaluation of Severity over Time (BEST)*. *The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)*. *The Alterations in Relationships subscale of the Structured Interview for Disorders of Extreme Stress–Self-Report (SIDES-SR)*. Tratamiento Habitual (TH). *Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11)*. Terapia Dialéctica Conductual – Terapia Individual (TDC-I). Terapia Dialéctica Conductual – Entrenamiento de habilidades (TDC-S). *The Social History Interview (SHI)*. *Revised Ways of Coping Checklis (RWCCCL)*. Borderline Symptom List-23 (BSL-23). *Inventory of Interpersonal Problems (IIP-64)*. (RFL). Modelo Conversacional (MC). *Sense of Self Inventory (SSI)*. *Beck Depression Inventory-II (BDI II)*. State-Trait Anger Expression Inventory-2 – Anger Expression-Out Subscale (STAXI -2 [AXO]). *Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI-IV)*. Entrenamiento en sistemas para la previsibilidad emocional y resolución de problemas (STEPPS por sus siglas en inglés). *Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS)*. *State-Trait Anger Expression Inventory-II (STAX-II)*. Análisis de Varianza (ANOVA).

Fuente: Elaboración propia basada en los artículos seleccionados

Como se puede observar de los 6 artículos analizados, todos estos utilizaron la TDC desarrollada por Marsha M. Linehan. En cada una de las investigaciones fue utilizada la técnica estándar planteada por Linehan, la cual incluía terapia individual, entrenamiento grupal de habilidades, equipo de consulta para los y las terapeutas u asesoramiento telefónico entre sesiones. La aplicación de este se desarrolló entre 6 y 12 meses, excepto Walton et al. (2020) que la impartieron por 14 meses.

Todos los artículos utilizaron escalas para medir los resultados de la terapia en personas con TLP. Entre los instrumentos utilizados se encuentran la *Borderline Evaluation of Severity over Time* (BEST) diseñada para evaluar pensamientos, emociones y comportamientos característicos del TLP (Pfohl et al., 2009), *The Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS) que evalúa múltiples aspectos de la desregulación emocional durante momentos de angustia (Hallion et al., 2018), *The Alterations in Relationships subscale of the Structured Interview for Disorders of Extreme Stress– Self-Report* (SIDES-SR) que toma en cuenta diferentes aspectos de los síntomas derivados de traumas interpersonales, infligidos por cuidadores o en el contexto de relaciones íntimas (Pires et al., 2022), *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS-11) instrumento utilizado para medir la impulsividad como un constructo multidimensional (Reise et al., 2013) *The Social History Interview* (SHI) construido para evaluar el funcionamiento psicosocial (Weissman & Bothwell, 1976) , en este caso, solo se usaron dos ítems para medir la calidad de las relaciones familiares (un ítem) y las relaciones con pares (un ítem).

Continuando, se utilizó el *Revised Ways of Coping Checklist* (RWCCCL) diseñado para medir las diversas estrategias que los individuos utilizan para afrontar situaciones estresantes. (Vitaliano et al., 1985), *Borderline Symptom List-23* (BSL-23) autoinforme

desarrollado para cuantificar específicamente la sintomatología típica del TLP (Bohus et al., 2007), *Inventory of Interpersonal Problems* (IIP-64) donde se evalúan las dificultades interpersonales experimentadas de manera subjetiva (Horowitz et al., 1988), *Sense of Self Inventory* (SSI) que identifica componentes clave que reflejan la experiencia subjetiva y continua de ser un individuo en control de sus actividades mentales y físicas (Basten, 2008; citado por Watson et al., 2020), *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) instrumento diseñado para evaluar y detectar la gravedad de los síntomas depresivos actuales (Beck et al., 1996), *State-Trait Anger Expression Inventory-II* (STAXI-2) que califica la intensidad de la ira como un estado emocional y la disposición a experimentar sentimientos de enojo como un rasgo de personalidad. (Spielberger, 1999), *Borderline Personality Disorder Severity Index* (BPDSI-IV) el cual evalúa la frecuencia y gravedad de diversos aspectos del TLP (Arntz et al., 2003) y el instrumento *Overall Anxiety Severity and Impairment Scale* (OASIS), construido para evaluar la gravedad y el deterioro asociados a cualquier trastorno de ansiedad o múltiples trastornos de ansiedad (Norman et al., 2006).

De las escalas utilizadas, dos de ellas se presentaron en más de la mitad de las investigaciones. Específicamente la escala DERS que fue utilizada en cinco de los artículos y el BDI-II que fue utilizado tres veces en distintos textos. Todos los instrumentos fueron aplicados en al menos dos ocasiones, antes y después de la TDC.

4.1.3 Reducción de comportamientos autolesivos e ideación suicida en personas con Trastorno Límite de la Personalidad.

Para este apartado, se presentan los resultados de los instrumentos utilizados en cada artículo con respecto a comportamientos autolesivos, ideación o intentos de autoeliminación presentes en las muestras. Estas variables son consideradas y de relevancia para el estudio de la eficacia de la TDC en personas con TLP, dado que esta población se

caracteriza por tasas elevadas de suicidio, desregulación emocional persistente y la presencia de un rango complejo de conductas graves impulsivas (M. Linehan, 2014).

Cabe mencionar que una de las investigaciones (Bianchini et al, 2019) no se analizó una variable relacionada a lo planteado en este tercer objetivo, más, los datos relevantes fueron incluidos en la Tabla 6 respecto a la eficacia de la TDC. La siguiente tabla incluye información acerca del instrumento utilizado para la medición y los resultados obtenidos, el formato de aplicación y las técnicas se mantienen de acuerdo con lo representado en la tabla 6.

Tabla 7

Resumen obtenido de los artículos sobre comportamientos autolesivos e intentos de autoeliminación

Autores	Variables	Instrumento medición.	Resultados
Barnicot y Crawford (2019)	-Autolesiones deliberadas	SASII	Al iniciar la intervención, 43 de quienes completaron el tratamiento (48) se mostraron autolesiones deliberadas en los últimos 12 meses. Quienes fueron incluidos en el grupo de la TDC, tuvieron una disminución significativa en la cantidad de incidentes de autolesiones de 40 en los tres meses antes de la intervención, a 2 en los 12 meses del tratamiento.
Kuehn et al. (2021)	-Intentos de autoeliminación	SASII	El 100% de la muestra reportó haber tenido algún intento de autoeliminación en al menos un año previo al inicio del tratamiento. Posterior al tratamiento, solo 9 participantes reportaron algún incidente y disminuyó a 5 un año posterior a la finalización. Así también, se observó una correlación significativa entre niveles bajos de habilidades para resolver problemas y estrategias de regulación con intentos de autoeliminación en los 12 meses de tratamiento, como un año después.
McMain et al (2020)	-Intentos de autoeliminación y autolesiones	SASII	Los participantes del estudio mostraron reducciones significativas el inicio del tratamiento en los comportamientos autolesivos totales, incluyendo intentos de suicidio y autolesiones no suicidas (NSSI, por sus siglas en inglés), con intervalos de confianza del 95% y 99%. La tasa de recuperación completa o parcial de las conductas autolesivas alcanzó el 75% al finalizar el tratamiento, mientras que no más del 5% de los participantes experimentaron un deterioro. Resultados similares en cuanto a la recuperación de las autolesiones se observaron a los 24 meses de seguimiento (disminución del 5% al 1% en recuperación total, parcial, sin cambio o deterioro).

Walton et al (2020)	-Intentos de autoeliminación y autolesiones	SASI-Count	El análisis reveló una reducción significativa a lo largo del tiempo en las conductas suicidas o autolesiones no suicidas (χ^2 de Wald = 41.59, $p < 0.001$, con un promedio de 66.77 de intentos de autoeliminación pre-intervención a 10.10 y de 63 autolesiones no suicidas a 10.04 después de utilizar la TDC.
Guillén et al (2021)	-Riesgo de suicidio -Razones para vivir	SRS, RFL	Los resultados mostraron una mejora estadísticamente significativa desde la etapa previa al tratamiento hasta la etapa posterior en la subescala de miedo al suicidio (RFL), con un F estadístico del análisis ANOVA = 8.62, $p = .01$, y un tamaño del efecto de $\mu^2 = 0.30$. Asimismo, se observó una mejora significativa en el riesgo suicida (SRS) en el mismo período, con un F = 4.63, $p = .04$, y un tamaño del efecto de $\mu^2 = 0.17$.

Nota: *The Suicide Attempt Self Injury Interview (SASII)*. *Suicide Risk Scale (SRS)*. *Reason for Living (RFL)*. *Suicidal and non-suicidal self-injury – Count (SASI-Count)*.

Fuente: Elaboración propia, 2024.

En el caso de los comportamientos autolesivos deliberados, los participantes tratados con TDC mostraron una reducción drástica. Por ejemplo, en el estudio de Barnicot y Crawford (2019), el número de incidentes pasó de 40 en los tres meses previos a la intervención a solo 2 durante los 12 meses de tratamiento, así como en el estudio de Walton et al. (2020) donde las autolesiones se redujeron en promedio de 63 a 10.04 en toda la muestra. De manera similar, el estudio de McMMain et al. (2020) reportó que el 75% de los participantes lograron una recuperación completa o parcial en las conductas autolesivas al finalizar el tratamiento, con una mínima proporción de deterioro (menos del 5%).

En relación con los intentos de suicidio, Kuehn et al. (2021) y Walton et al. (2020) documentaron una disminución significativa en su frecuencia. En el primer caso, los participantes reportaron que los intentos de suicidio se redujeron de manera constante desde el inicio del tratamiento hasta un año después de su finalización. En el segundo estudio, el análisis mostró una reducción significativa en las conductas suicidas, con un promedio inicial de 66.77 intentos a 10.10 después de la intervención.

Finalmente, Guillén et al. (2021), reportaron una mejora significativa en las razones para vivir (RFL, por sus siglas en inglés) y una reducción del riesgo suicida (SRS). Esto sugiere

que la TDC no solo reduce las conductas de riesgo, sino que también fortalece los recursos psicológicos y factores protectores.

Entre los instrumentos utilizados para utilizados para obtener estos resultados se encuentran *The Suicide Attempt Self Injury Interview* (SASII) una entrevista estructurada diseñada para evaluar la frecuencia, la intención y la gravedad médica de los intentos de suicidio y los actos de autolesión intencionales (Linehan et al., 2006), utilizada en tres de los estudios. Uno de los artículos utilizó *The Suicide Attempt Self-Injury Count* (SASI Count) que categoriza los intentos de suicidio y los actos no suicidas dentro de un período específico (Linehan et al., 2011). Además, un artículo utilizó el *Suicide Risk Scale* (SRS) una escala diseñada para evaluar el riesgo de suicidio en individuos (Plutchik et al., 1989) y el cuestionario *Reason for Living*. (RFL) que mide las expectativas de los participantes sobre las consecuencias de vivir frente a la auto eliminación, evaluando la importancia de diversas razones para continuar viviendo (Linehan et al., 1983).

Los estudios analizados destacan la eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual para reducir los comportamientos autolesivos y los intentos de suicidio en personas diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad. Cabe mencionar que los instrumentos expuestos en la Tabla 6, fueron realizados en conjunto con los presentados en la tabla 5, en la misma frecuencia o momento.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En esta sección, se analizará a profundidad los resultados obtenidos en la revisión de los estudios. Se detallará las interpretaciones de los estudios proporcionando una comprensión contextualizada de los hallazgos con respecto a su pertinencia en cada uno de los objetivos. Este análisis se basará en la evidencia planteada y atribuyendo evidencia adicional que pueda profundizar en el tema.

5.1.1 Datos demográficos

Los seis estudios seleccionados incluyeron un total de 684 participantes, divididos principalmente en 547 mujeres y 137 hombres, Esta prevalencia femenina es coherente con investigaciones previas que señalan una mayor proporción de diagnósticos de Trastorno Límite de la Personalidad en mujeres, reflejando proporción más representada en el género femenino en el diagnóstico y estudios clínicos (Bozzatello et al., 2024).

La mayoría de los pacientes incluidos tienen edades comprendidas entre los 20 y 40 años, lo cual podría considerarse un dato que se desvía ligeramente de la edad en la que suelen aparecer los primeros síntomas del Trastorno Límite de la Personalidad, pues se señala que el trastorno tiende a manifestarse inicialmente en la adolescencia (Videler et al., 2019). Las edades presentes coinciden con los datos del inicio de tratamientos psicoterapéuticos para el TLP, debido a su coste y duración, como lo es la TDC, que se ofrecen en etapas posteriores a la adolescencia (Chanen & Thompson, 2018).

En relación con el estado civil, los estudios revisados indican que la mayoría de los pacientes con TLP se encuentran solteros, divorciados (o separados) o nunca oficializado un matrimonio, lo que puede reflejar las dificultades inherentes para establecer y mantener relaciones interpersonales estables, característica central del trastorno.

Respecto a la preparación académica, si bien es cierto que la presencia del trastorno, el cual se presentan en la adolescencia, muestra una correlación entre este y resultados “pobres” en el desarrollo académico de las personas (Wright et al, 2016), en los estudios se observa una notable heterogeneidad en los niveles educativos; mientras que algunos participantes han completado únicamente la educación primaria o secundaria, otros han alcanzado estudios postsecundarios.

En términos geográficos, los participantes de los estudios procedieron de Europa (183), América del Norte (339) y Australia (162), lo que subraya la diversidad cultural y contextual de las muestras. Sin embargo, no todos los estudios detallaron información específica sobre el contexto de vida de los participantes, y algunos optaron por omitir datos sociodemográficos para garantizar la confidencialidad. Además, la mayoría de los participantes identificados en los estudios eran de etnia caucásica, lo que resalta la necesidad de ampliar el alcance de estas investigaciones para incluir poblaciones más diversas.

5.1.2 Eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual

Todos los artículos que se eligieron buscaron evaluar la Terapia Dialéctica Conductual ante el tratamiento de personas con Trastorno Límite de Personalidad. Los seis artículos mostraron la eficacia del Terapia en distintos aspectos del tratamiento del TLP, además, dos de las investigaciones buscaron confirmar si los resultados eran válidos para la población posterior a la intervención, con el objetivo de evaluar la remisión de los pacientes, la cual es posible cuando la persona ya no cumple con los criterios diagnósticos necesarios para el trastorno, y la efectividad del tratamiento un año después.

La Terapia Dialéctica Conductual mostró resultados significativos en múltiples síntomas que presentan las personas con Trastorno Límite de la Personalidad. En todos los estudios

analizados, los participantes experimentaron beneficios clínicamente relevantes tras la implementación de la TDC. Esto se evidenció en áreas clave como la regulación emocional, la reducción de la impulsividad, la mejora de las relaciones interpersonales y la disminución de la severidad de la sintomatología del TLP. Por ejemplo, los resultados de Barnicot y Crawford (2019) destacaron una mejora pronunciada en la desregulación emocional, asimismo, McMain et al. (2020) observaron una alta tasa de remisión diagnóstica (56%) tras 24 meses de seguimiento. Estos hallazgos refuerzan la eficacia de la TDC en el manejo de los síntomas principales del TLP.

La regulación emocional fue evaluada en cinco de los seis artículos mediante la escala DERS, lo que resalta su importancia como una variable clave. Por ejemplo, en el estudio de Kuehn et al. (2021), la TDC estándar mostró una reducción significativa en las puntuaciones del DERS (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*), que se mantuvieron estables incluso un año después del tratamiento, esto sugiere el efecto en esta dimensión post-intervención. De manera similar, los resultados de Barnicot y Crawford (2019) destacaron una mejora pronunciada en la desregulación emocional. Los resultados también evidenciaron una mejora en la impulsividad, evaluada mediante el BIS-11 (*Barratt Impulsiveness Scale*) a través del estudio Bianchini et al. (2019), que mostró una disminución significativa en los puntajes totales de impulsividad.

Tanto Barnicot y Crawford (2019) como Kuehn et al. (2021) destacaron la mejora en las relaciones interpersonales. Esto es particularmente relevante dado que las dificultades interpersonales son una componente importante dentro del diagnóstico del trastorno.

En Walton et al. (2020), la TDC mostró una disminución significativa en la depresión severa evaluada con el BDI-II (*Beck Depression Inventory-II*), con una reducción de la categoría de "severa" en el 83% al inicio a solo el 18% al final del tratamiento. Los

resultados del estudio de Guillén et al. (2021) también destacaron una mejora significativa en los niveles de ansiedad y depresión tras el tratamiento.

Es relevante destacar limitaciones presentes en los resultados, como, por ejemplo, en Bianchini et al. (2019), donde a pesar de que se observó una mejora general en la regulación emocional, ninguna subescala del DERS (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*) mostró diferencias estadísticamente significativas. Además, con respecto al estado de los pacientes al iniciar la intervención, los participantes en los estudios de Walton et al. (2020) y Guillén et al. (2021) que abandonaron el tratamiento tenían puntuaciones más altas de severidad en las evaluaciones iniciales, lo que sugiere la necesidad de estrategias adicionales para mejorar la retención de los pacientes.

Si bien es cierto como la TDC sigue siendo una forma ideal de abordaje del TLP dada la actualidad de estas investigaciones mencionadas en los antecedentes de la investigación, más es importante destacar como en los artículos seleccionados para la RS, otras intervenciones psicoterapéuticas muestran eficacia en el tratamiento del TLP, como lo fue la Terapia basada en la mentalización (Barnicot y Crawford (2019), el entrenamiento en sistemas para la previsibilidad emocional y resolución de problemas (STEPSS por sus siglas en inglés, Guillén et al, 2021) y el Modelo Conversacional (Walton et al, 2020), por lo que también sería importante considerar bajo el contexto de la población estas otras para un tratamiento efectivo.

En resumen, los datos analizados refuerzan la eficacia de la TDC para mejorar aspectos fundamentales del TLP, como la regulación emocional, la impulsividad, las relaciones interpersonales y la sintomatología general. Se destaca la importancia de evaluar variables como la duración del tratamiento y el nivel inicial de severidad, para maximizar la eficacia de la intervención.

5.1.3 Reducción de comportamientos autolesivos e ideación suicida.

La Terapia Dialéctica Conductual fue desarrollada originalmente como una intervención específica para personas con Trastorno Límite de la Personalidad que presentan conductas suicidas crónicas (Linehan, 2014). Desde entonces, de acuerdo con el meta-análisis de DeCou et al. (2019), la terapia ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la violencia autoinfligida, así como en la reducción de antecedentes de conductas suicidas y autolesiones. Estos resultados son congruentes con los datos analizados, los cuales subrayan la capacidad de la TDC para disminuir significativamente la frecuencia de incidentes autolesivos y los intentos de suicidio.

Los estudios revisados mostraron una disminución notable en los comportamientos autolesivos tras la implementación de la TDC. En el estudio de Barnicot y Crawford (2019), los participantes que completaron el tratamiento mostraron una reducción significativa en los incidentes de autolesión, pasando de 40 episodios en los tres meses previos a la intervención a solo 2 episodios durante los 12 meses de tratamiento. De forma similar, Walton et al. (2020) reportó una disminución promedio de 63 episodios de autolesión pretratamiento a 10.04 después de la intervención. McMain et al. (2020) evidenció que el 75% de los participantes lograron una recuperación completa o parcial de las conductas autolesivas al finalizar la el tratamiento, con una mínima proporción de deterioro (menos del 5%). Estos hallazgos refuerzan la eficacia de la TDC en el manejo de conductas autolesivas, lo que resulta crucial para mitigar riesgos asociados y promover un mayor bienestar psicológico.

En cuanto a los intentos de suicidio, la TDC también mostró resultados positivos, en el estudio de Kuehn et al. (2021), el 100% de los participantes reportaron intentos de suicidio en el año previo al tratamiento. Posterior a la intervención, solo nueve participantes informaron nuevos intentos, reduciéndose a cinco, un año después de finalizar la TDC.

Mencionado lo anterior, es importante resaltar que se observó una correlación significativa entre la mejora en las habilidades de regulación emocional y la reducción de estos episodios.

Por otro lado, Walton et al. (2020) registró una disminución promedio en los intentos de suicidio, pasando de 66.77 pretratamiento a 10.10 después de la intervención, en promedio. Estos resultados destacan la capacidad de la TDC para abordar factores emocionales subyacentes que lleven a las personas a los intentos de autoeliminación y conductas autolesivas, lo que respalda su uso como una herramienta terapéutica importante en el manejo del Trastorno Límite de la Personalidad.

Un aspecto relevante es que la TDC mostró fomentar factores protectores frente a conductas de riesgo. En el estudio de Guillén et al. (2021), se registró una mejora significativa en las puntuaciones de la subescala de "Razones para Vivir" (RFL) y una reducción en el riesgo suicida (SRS). Estas mejoras indican que la intervención tiene un doble impacto, por un lado, disminuye la incidencia de conductas peligrosas, y por otro, refuerza la percepción del valor propio y el sentido de propósito en la vida de los pacientes. Este cambio positivo sugiere que, tras la aplicación de la TDC, las personas experimentan un aumento en el optimismo y en los sentimientos de bienestar, lo que les permite desarrollar más resiliencia frente a las situaciones cotidianas

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

Esta revisión sistemática realizó el proceso de selección tomando en cuenta los artículos publicados entre enero del 2019 a noviembre del 2024 y la búsqueda se inició el 13 de noviembre del 2024 y finalizó el 01 de diciembre del mismo año.

La investigación realizada demuestra que la Terapia Dialéctica Conductual es una intervención eficaz para reducir las conductas autolesivas e ideación suicida en personas con Trastorno Límite de la Personalidad. En los resultados se observó que la TDC también mejora significativamente la regulación emocional, la impulsividad y el funcionamiento interpersonal, mostrando beneficios sostenidos incluso después de finalizar el tratamiento.

Aunque se encontraron limitaciones en la disponibilidad de datos de América Latina, los resultados generales refuerzan la importancia de promover la implementación de la TDC en diferentes contextos clínicos. Los datos sociodemográficos muestran que el TLP tiende a diagnosticarse mayoritariamente en mujeres y con mayor frecuencia en personas de entre 20 y 40 años, lo cual subraya la necesidad de intervenciones tempranas para prevenir la persistencia de sus síntomas posterior a la adolescencia, así como una mirada crítica ante el sesgo en el diagnóstico. Siguiendo el punto de los datos etnográficos, es importante destacar la necesidad de investigaciones futuras que aborden la heterogeneidad metodológica y la adaptación cultural del tratamiento, pues estos parecieran no haber sido considerados de forma relevante.

En síntesis, la TDC representa una herramienta valiosa y respaldada por la evidencia para tratar a pacientes con TLP, con el potencial de mejorar significativamente su calidad de vida y reducir los riesgos asociados al trastorno, pues queda en evidencia que potencia aspectos benefactores en quienes padecen TLP y a su vez, les permite manejar síntomas propios del trastorno de mejor forma.

6.2. RECOMENDACIONES

Dado que los estudios sobre la Terapia Dialéctica Conductual se han centrado principalmente en regiones de Norteamérica o Europa, y considerando la falta de estudios en la región, es importante realizar investigaciones en contextos culturales latinoamericanos. Este enfoque permitirá evaluar la eficacia de la TDC en poblaciones con dinámicas socioculturales específicas, incluyendo países como Costa Rica, donde las características demográficas y los sistemas de salud pueden influir en los resultados del tratamiento.

Siguiendo el mismo punto, se puede considerar la adaptación de la TDC a las características culturales específicas de las poblaciones locales para optimizar su eficacia. Estudios futuros podrían centrarse en identificar qué variables (sociodemográficas, clínicas o terapéuticas) influyen en los resultados de la TDC.

Los resultados positivos observados en los estudios incluidos resaltan la necesidad de realizar evaluaciones longitudinales para medir el impacto de la TDC en el largo plazo, particularmente en la prevención de recaídas.

Resulta pertinente ampliar la investigación a otros síntomas característicos del Trastorno Límite de la Personalidad que no fueron el foco principal de esta revisión, tales como las dificultades en el mantenimiento de relaciones interpersonales, la inestabilidad de la autoimagen o la expresión del enojo, a fin de enriquecer el conocimiento sobre la eficacia global de la TDC.

Por otra parte, considerando que la mayoría de los estudios incluidos presentan una muestra con alta representación femenina, se recomienda explorar las diferencias de género en la sintomatología del TLP. Esta línea de investigación podría permitir identificar por qué las mujeres presentan una mayor predisposición diagnóstica y,

además, favorecer el desarrollo de estrategias para el diagnóstico temprano desde una perspectiva sensible al género.

Finalmente, de acuerdo con el Manual de Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones (versión 6.0, 2019), es necesario que se considere realizar futuras RS entre dos personas, ya que la elaboración por una sola persona incrementa el riesgo de sesgo.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.

<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Andrew, S., Donna, B., & Oldham, J. (2019). Personality Pathology and Personality Disorders. In L. W. Roberts, R. E. Hales, & S. C. Yudofsky (Eds.), *The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychiatry* (7th ed.). American Psychiatric Association Publishing.

<https://doi.org/10.1176/appi.books.9781615372980>

Bach, B., & First, M. B. (2018). Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1908-3>

Blanco Artola, C., Gómez Solorzano, N., & Orozco Matamoros, D. (2020). Actualización de los trastornos de personalidad. *Revista Médica Sinergia*, 5(4), e437.

<https://doi.org/10.31434/rms.v5i4.437>

Bogetti, C., & Fertuck, E. (2021). Borderline Personality Disorder. In R. Feinstein (Ed.), *Personality Disorders* (pp. 473–499). Oxford University Press.

<https://doi.org/10.1093/med/9780197574393.001.0001>

Bozzatello, P., Rocca, P., Baldassarri, L., Bosia, M., & Bellino, S. (2021). The Role of Trauma in Early Onset Borderline Personality Disorder: A Biopsychosocial Perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.721361>

Burches, E., & Burches, M. (2020). Efficacy, Effectiveness and Efficiency in the Health Care: The Need for an Agreement to Clarify its Meaning. *International Archives of*

Public Health and Community Medicine, 4(1). <https://doi.org/10.23937/2643-4512/1710035>

Caja Costarricense del Seguro Social. (2023a). CCSS: Egresos hospitalarios debidos a Trastorno De La Personalidad Emocionalmente Inestable. 2019-2023. In CCSS. *Área de Estadística en Salud*.

Caja Costarricense del Seguro Social. (2023b). CCSS: Egresos hospitalarios debidos a Trastornos específicos de la personalidad. 2019-2023. In CCSS. *Área de Estadística en Salud*.

Chan, C., Vaccaro, D., Rose, N., Kessler, L., & Hazlett, E. (2020). Neuroimaging in Personality Disorders. In C. W. Lejuez & K. L. Gratz (Eds.), *The Cambridge Handbook of Personality Disorders*. Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/9781108333931>

Chapman, A., Hope, N., & Turner, B. (2020). Borderline Personality Disorder. In C. W. Lejuez & K. L. Gratz (Eds.), *The Cambridge Handbook of Personality Disorders*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108333931>

Crowell, S., Kaliush, P., Vlisides- Henry, R., & Molina, N. (2021). Dialectical Behavior Therapy. In R. Feinstein (Ed.), *Personality Disorders* (pp. 285–311). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780197574393.001.0001>

De la Vega-Rodríguez, I., & Sánchez-Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite [Dialectical behavioral therapy in borderline personality disorder]. *Acción Psicológica*, 10(1). <https://doi.org/10.5944/ap.10.1.7032>

- Ebert, A., & Bär, K. J. (2010). Emil Kraepelin: A pioneer of scientific understanding of psychiatry and psychopharmacology. In *Indian Journal of Psychiatry* (Vol. 52, Issue 2, pp. 191–192). <https://doi.org/10.4103/0019-5545.64591>
- Elices, M., & Cordero, S. (2011). *Terapia dialéctico conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad*. 3, 132–152.
- Gunderson, J. G. (2009). Reviews and Overviews Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis. *Am J Psychiatry*, 166(5).
- Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>
- Hernandez-Bustamante, M., Cjuno, J., Hernández, R. M., & Ponce-Meza, J. C. (2023). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Iranian Journal of Psychiatry*, 19(1), 119–129. <https://doi.org/10.18502/ijps.v19i1.14347>
- Koerner, K. (2012). *Doing Dialectical Behavior therapy: A Practical Guide*. The Guilford Press.
- Levy, K. N., McMain, S., Bateman, A., & Clouthier, T. (2018). Treatment of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 711–728. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.011>
- Linehan, M. (2014). *DBT® Skills Training Manual* (2nd ed.). The Guilford Press. <http://faculty.washington.edu/linehan/>
- Linehan, M., Comtois, K., & Lungu, A. (2011). *Brief or In depth interview in assessing self-injury: Balancing assessment effort and results*.

- Linehan, M. M. (1991). Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060–1064.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810360024003>
- Linehan, M. M. (1993). Naturalistic Follow-up of a Behavioral Treatment for Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 971–974.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240055007>
- Linehan, M. M. (2015). *DBT® Skills Training Handouts and Worksheets, Second Edition* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Brown, M. Z., Heard, H. L., & Wagner, A. (2006). Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): Development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychological Assessment*, 18(3), 303–312. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.18.3.303>
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K., & Lindenboim, N. (2006). Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757–766.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.757>
- Linehan, M. M., McDavid, J. D., Brown, M. Z., Sayrs, J. H. R., & Gallop, R. J. (2008). Olanzapine Plus Dialectical Behavior Therapy for Women With High Irritability Who Meet Criteria for Borderline Personality Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(6), 999–1005. <https://doi.org/10.4088/JCP.v69n0617>

- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder and Drug-Dependence. *The American Journal on Addictions*, 8(4), 279–292. <https://doi.org/10.1080/105504999305686>
- Moncada, J., Pedro, J., Vargas, C., Elizondo, J. H., Castillo Hernández, I., & Vargas, G. A. (2023). *Metodología y estadística avanzada en las Ciencias del Movimiento Humano*. (1st ed.).
- Mulder, R. T. (2021). ICD-11 Personality Disorders: Utility and Implications of the New Model. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.655548>
- Mulder, R. T., Horwood, L. J., & Tyrer, P. (2020). The borderline pattern descriptor in the International Classification of Diseases, 11th Revision: A redundant addition to classification. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 54(11), 1095–1100. <https://doi.org/10.1177/0004867420951608>
- Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo -Wilson, E., McDonald, S., ... McKenzie, J. E. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*, n160. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>
- Panos, P. T., Jackson, J. W., Hasan, O., & Panos, A. (2014). Meta-Analysis and Systematic Review Assessing the Efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT). *Research on Social Work Practice*, 24(2), 213–223. <https://doi.org/10.1177/1049731513503047>

- Plutchik, R., van Praag, H. M., Conte, H. R., & Picard, S. (1989). Correlates of suicide and violence risk 1: The suicide risk measure. *Comprehensive Psychiatry*, *30*(4), 296–302. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(89\)90053-9](https://doi.org/10.1016/0010-440X(89)90053-9)
- Riddle, M., Meeks, T., Alvarez, C., & Dubovsky, A. (2016). When personality is the problem: Managing patients with difficult personalities on the acute care unit. In *Journal of Hospital Medicine* (Vol. 11, Issue 12, pp. 873–878). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/jhm.2643>
- Riffer, F., Farkas, M., Streibl, L., Kaiser, E., & Sprung, M. (2019). Psychopharmacological treatment of patients with borderline personality disorder: comparing data from routine clinical care with recommended guidelines. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *23*(3), 178–188. <https://doi.org/10.1080/13651501.2019.1576904>
- Sánchez-Serrano, S., Pedraza-Navarro, I., & Donoso-González, M. (2022). How to conduct a systematic review under PRISMA protocol? Uses and fundamental strategies for its application in the educational field through a practical case study. *Bordon. Revista de Pedagogia*, *74*(3), 51–66. <https://doi.org/10.13042/Bordon.2022.95090>
- Schulte Holthausen, B., & Habel, U. (2018). Sex Differences in Personality Disorders. *Current Psychiatry Reports*, *20*(12). <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0975-y>
- Sharan, P., Das, N., & Hans, G. (2023). Clinical practice guidelines for assessment and management of patients with borderline personality disorder. *Indian Journal of Psychiatry*, *65*(2), 221. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_495_22

- Shedler, J. (2021). The Personality Syndromes. In R. Feinstein (Ed.), *Personality Disorders* (pp. 3–32). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/med/9780197574393.001.0001>
- Sheehan, L., Nieweglowski, K., & Corrigan, P. (2016). The Stigma of Personality Disorders. In *Current Psychiatry Reports* (Vol. 18, Issue 1). Current Medicine Group LLC 1. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0654-1>
- Skodol, A. (2014). Manifestations, Assessment, and Differential Diagnosis. In J. Oldham, A. Skodol, & D. Bender (Eds.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders* (2nd ed., pp. 131–164). American Psychiatric Publishing.
- Stoffers-Winterling, J. M., Storebo, O. J., Kongerslev, M. T., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sedoc Jorgensen, M., Sales, C. P., Edemann Callesen, H., Pereira Ribeiro, J., Völlm, B. A., Lieb, K., & Simonsen, E. (2022). Psychotherapies for borderline personality disorder: A focused systematic review and meta-analysis. In *British Journal of Psychiatry* (Vol. 221, Issue 3, pp. 538–552). Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1192/bjp.2021.204>
- Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sales, C. P., Callesen, H. E., Lieb, K., & Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(5).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>
- Teti, G., Boggiano, J. P., & Gagliesi, P. (2015). Terapia Dialéctico Conductual (DBT): un tratamiento posible para pacientes con trastornos severos. *Rev. Arg. de Psiquiat*, 26.
<https://www.researchgate.net/publication/281519323>

- Triarhou, L. C. (2022). Helene Deutsch (1884–1982). In *The Brain Masters of Vienna* (pp. 73–77). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-13052-6_15
- Trull, T., Scheiderer, E., & Tomko, R. (2012). Axis II Comorbidity. In W. Thomas (Ed.), *The Oxford Handbook of Personality Disorders* (pp. 219–236). Oxford University Press.
- Turner, B., Prud'homme, J., & Legg, N. (2020). Environmental and Sociocultural Influences on Personality Disorders. In C. W. Lejuez & K. L. Gratz (Eds.), *The Cambridge Handbook of Personality Disorders*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108333931>
- Vásquez-Dextre, E. (2016). Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio. *Rev Neuropsiquiatr*, 2(79).
- Ward-Ciesielski, E., Limowski, A., & Krychiw, J. (2020). History and overview of dialectical behavior therapy. In J. Bedics (Ed.), *The Handbook of Dialectical Behavior Therapy* (pp. 3–30). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/C2018-0-00021-3>
- Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A. M., Singh, S. P., Wang, A., & Furtado, V. (2020). The prevalence of personality disorders in the community: A global systematic review and meta-analysis. In *British Journal of Psychiatry* (Vol. 216, Issue 2, pp. 69–78). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.166>
- Wright, A. G. C., Zalewski, M., Hallquist, M. N., Hipwell, A. E., & Stepp, S. D. (2016). Developmental Trajectories of Borderline Personality Disorder

Symptoms and Psychosocial Functioning in Adolescence. *Journal of Personality Disorders*, 30(3), 351–372.

https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_200

ANEXOS

1.1 FILTROS DE BÚSQUEDA

Base de datos		Google Académico	
		Total de artículos	
Primer Filtrado			
Búsqueda#	1ra	2da	
Fecha	13/11/2024	14/11/2024	
Filtro utilizado	Búsqueda Avanzada de la Base	Búsqueda Avanzada de la Base	
Con todas las palabras	Dialectical Behavioral Therapy AND Borderline Personality Disorder	Terapia Dialéctica Conductual AND Trastorno Límite de Personalidad	
Sin las palabras	revisión sistemática systematic review editorial commentary comentario guideline directriz congress congreso interview entrevista letter carta newspaper noticia libro book cita	revisión sistemática systematic review editorial commentary comentario guideline directriz congress congreso interview entrevista letter carta newspaper noticia libro book cita	
Donde las palabras aparezcan	En el título del artículo	En el título del artículo	
Mostrar artículo fechados	2019-2024	2019-2024	
Subtotal	21	0	
Segundo Filtrado		Otras bases de búsqueda	
PubMed, Wiley, Sage Science Direct	PubMed -2	0	
Repetido		-2	0
Subtotal		17	0
Tercer Filtrado		Título y Abstract	
Idioma			
Variable Dependiente		-1	
Variable Independiente			
Poblacion		-2	
Diagnóstico		-1	
Tipo de Estudio		-7	
Tratamineto		-4	
Sub total		2	
Cuarto Filtrado		Texto Completo	
Acceso al documento			
Idioma			
Variables			
Poblacion			
Diagnóstico			
Tratamineto		-1	
Resultados			
SubTotal		1	

Base de datos

Science Direct

Total de artículos
0
Primer Filtrado

Búsqueda#	1ra	2da
Fecha	13/11/2024	14/11/2024
Filtro utilizado	Búsqueda Avanzada de la Base	Búsqueda Avanzada de la Base
Con todas las palabras	Dialectical Behavioral Therapy AND Borderline Personality Disorder	Terapia Dialéctica Conductual AND Trastorno Límite de Personalidad
Sin las palabras	revisión sistemática systematic review editorial commentary comentario guideline directriz congress congreso interview entrevista letter carta newspaper noticia libro book cita	revisión sistemática systematic review editorial commentary comentario guideline directriz congress congreso interview entrevista letter carta newspaper noticia libro book cita
Donde las palabras aparezcan	En el título del artículo	En el título del artículo
Mostras artículo fechados	2019-2024	2019-2024
Subtotal	8	0

Segundo Filtrado

Otras bases de búsqueda

PubMed, Wiley, Sage	0	0
Repetido	0	0
Subtotal	8	0

Tercer Filtrado

Título y Abstract

Idioma	
Variable Dependiente	
Variable Independiente	
Poblacion	
Diagnóstico	
Tipo de Estudio	-7
Tratamineto	
Sub total	1

Cuarto Filtrado

Texto Completo

Acceso al documento	-1
Idioma	
Variables	
Poblacion	
Diagnóstico	
Tratamineto	
Resultados	
SubTotal	0

Base de datos		PudMed	
		Total de artículos	
		0	
Primer Filtrado			
Búsqueda#	1ra	2da	
Fecha	13/11/2024	14/11/2024	
Filtro utilizado	Búsqueda Avanzada de la Base	Búsqueda Avanzada de la Base	
Con todas las palabras	Dialectical Behavioral Therapy AND Borderline Personality Disorder	Terapia Dialéctica Conductual AND Trastorno Límite de Personalidad	
Sin las palabras			
Donde las palabras aparezcan	En el título del artículo, Case Reports, Clinical Study, Clinical Trial, Controlled Clinical Trial, Randomized Controlled Trial, English, Spanish, Humans.	En el título del artículo, Case Reports, Clinical Study, Clinical Trial, Controlled Clinical Trial, Randomized Controlled Trial, English, Spanish, Humans.	
Mostras artículo fechados	2019-2024	2019-2024	
Subtotal	4	0	
Segundo Filtrado		Otras bases de búsqueda	
Wiley, Sage	0	0	
Repetido	0	0	
Subtotal	4	0	
Tercer Filtrado		Título y Abstract	
Idioma			
Variable Dependiente			
Variable Independiente			
Poblacion			
Diagnóstico	-1		
Tipo de Estudio			
Tratamineto	-2		
Sub total	1		
Cuarto Filtrado		Texto Completo	
Acceso al documento	-1		
Idioma			
Variables			
Poblacion			
Diagnóstico			
Tratamineto			
Resultados			
SubTotal	0		

Base de datos

Wiley

Total de artículos
0
Primer Filtrado
Búsqueda#

1ra

2da

Fecha

15/11/2024

16/11/2024

Filtro utilizado

Búsqueda Avanzada de la Base

Búsqueda Avanzada de la Base

Con todas las palabras

 Dialectical Behavioral Therapy
AND Borderline Personality
Disorder

 Terapia Dialéctica Conductual
AND Trastorno Límite de
Personalidad

Sin las palabras

Donde las palabras aparezcan

Keywords

Keywords

Muestra artículo fechados

2019-2024

2019-2024

Subtotal

2

0

Segundo Filtrado
Título y Abstract

Repetido

0

0

Idioma

Variable Dependiente

-2

Variable Independiente

Poblacion

Diagnóstico

Tipo de Estudio

Tratamiento

Sub total

0

Tercer Filtrado
Texto Completo

Acceso al documento

Idioma

Variables

Poblacion

Diagnóstico

Tratamiento

Resultados

SubTotal

Base de datos Sage
Total de artículos 1

Primer Filtrado

Búsqueda#	1ra	2da
Fecha	15/11/2024	16/11/2024
Filtro utilizado	Búsqueda Avanzada de la Base	Búsqueda Avanzada de la Base
Con todas las palabras	Dialectical Behavioral Therapy AND Borderline Personality Disorder	Terapia Dialéctica Conductual AND Trastorno Límite de Personalidad
Sin las palabras		
Donde las palabras aparezcan	Keywords	Keywords
Mostras artículo fechados	2019-2024	2019-2024
Subtotal	6	0

Segundo Filtrado Título y Abstract

Repetido	0	0
Idioma		
Variable Dependiente	-3	
Variable Independiente	-1	
Poblacion		
Diagnóstico		
Tipo de Estudio	-1	
Tratamineto		
Sub total	1	

Tercer Filtrado Texto Completo

Acceso al documento	
Idioma	
Variables	
Poblacion	
Diagnóstico	
Tratamineto	
Resultados	1
SubTotal	1

Base de datos		Antecedentes
	Total de artículos	4
Primer Filtrado		
Búsqueda#	1ra	
Fecha	1/12/2024	
Filtro utilizado	Revisión Manual	
Con todas las palabras	Dialectical Behavioral Therapy AND Borderline Personality Disorder	
Subtotal	319	
Segundo Filtrado		Título y Abstract
Año		-276
Repetido		-11
Idioma		
Variable Dependiente		-2
Variable Independiente		-16
Poblacion		
Diagnóstico		
Tipo de Estudio		-3
Tratamiento		-6
Sub total		6
Tercer Filtrado		Texto Completo
Acceso al documento		-2
Idioma		
Variables		
Poblacion		
Diagnóstico		
Tratamiento		
Resultados		
SubTotal		4

1.2 CARTAS DE APROBACIÓN

CARTA DEL TUTOR

San José, 07 de marzo de 2025

Carrera Psicología
Universidad Hispanoamericana

Estimado señor:

El estudiante **Adrián Alberto Delgado Ruiz**, cédula de identidad número **402420717**, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: "**Eficacia de la Terapia Dialéctica-Conductual en el Tratamiento de Personas con el Trastorno Límite de la Personalidad: Revisión Sistemática**" el cual ha elaborado para optar por el grado académico de licenciatura

En mi calidad de tutor, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
C)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20%
	TOTAL		100%

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,



Nombre: Gerson Gómez Durán
Cédula identidad: 701180831
Carné Colegio Profesional: 7617

CARTA DE LECTORA

San José, 11 de abril del 2025

**Universidad
Hispanoamericana Sede
Aranjuez**

Carrera de Psicología

Estimado señor:

El estudiante Adrián Alberto Delgado Ruiz, cédula de identidad 402420717, me ha presentado para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado "Eficacia de la terapia dialéctica conductual en el tratamiento de personas con el trastorno límite de personalidad: revisión sistemática", el cual ha elaborado para obtener su grado de Licenciatura en Psicología.

He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y análisis de datos, la consistencia de los datos recopilados y la coherencia entre éstos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación. He verificado que se han hecho las modificaciones correspondientes a las observaciones indicadas.

Por consiguiente, este trabajo cuenta con mi aval para ser presentado en la defensa pública.

Atte.

Firma *Adriana Mata*

**Nombre: Adriana Mata
Calderón Cédula: 1-1604-
0436**

Carné: 11899, Psicóloga

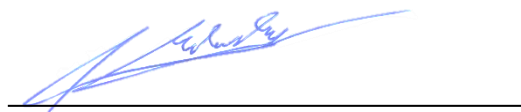
DECLARACIÓN JURADA

Yo Adrián Alberto Delgado Ruiz, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 402420717 egresado de la carrera de Psicología de

la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciatura, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: "Eficacia de la Terapia Dialéctica-Conductual en el Tratamiento de personas con el Trastorno Límite la Personalidad: Revisión Sistemática"

, es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público.

En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los siete días del mes de marzo del año dos mil veinticinco.



Firma del estudiante

Cédula: 402420717

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO (CENIT)
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA
REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACION**

San José, 18 de abril, 2025

Señores:
Universidad Hispanoamericana
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) Adrián Alberto Delgado Ruiz con número de identificación 402420717 autor (a) del trabajo de graduación titulado Eficacia de la terapia dialéctica conductual en el tratamiento de personas con el trastorno límite de personalidad: revisión sistemática presentado y aprobado en el año 2025 como requisito para optar por el título de licenciatura en Psicología; (SI) autorizo al Centro de Información Tecnológico (CENIT) para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,

402420717
Firma y Documento de Identidad



**ANEXO 1 (Versión en línea dentro del Repositorio)
LICENCIA Y AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA PUBLICAR Y
PERMITIR LA CONSULTA Y USO**

Parte 1. Términos de la licencia general para publicación de obras en el repositorio institucional

Como titular del derecho de autor, confiero al Centro de Información Tecnológico (CENIT) una licencia no exclusiva, limitada y gratuita sobre la obra que se integrará en el Repositorio Institucional, que se ajusta a las siguientes características:

- a) Estará vigente a partir de la fecha de inclusión en el repositorio, el autor podrá dar por terminada la licencia solicitándolo a la Universidad por escrito.
- b) Autoriza al Centro de Información Tecnológico (CENIT) a publicar la obra en digital, los usuarios puedan consultar el contenido de su Trabajo Final de Graduación en la página Web de la Biblioteca Digital de la Universidad Hispanoamericana
- c) Los autores aceptan que la autorización se hace a título gratuito, por lo tanto, renuncian a recibir beneficio alguno por la publicación, distribución, comunicación pública y cualquier otro uso que se haga en los términos de la presente licencia y de la licencia de uso con que se publica.
- d) Los autores manifiestan que se trata de una obra original sobre la que tienen los derechos que autorizan y que son ellos quienes asumen total responsabilidad por el contenido de su obra ante el Centro de Información Tecnológico (CENIT) y ante terceros. En todo caso el Centro de Información Tecnológico (CENIT) se compromete a indicar siempre la autoría incluyendo el nombre del autor y la fecha de publicación.
- e) Autorizo al Centro de Información Tecnológica (CENIT) para incluir la obra en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.
- f) Acepto que el Centro de Información Tecnológico (CENIT) pueda convertir el documento a cualquier medio o formato para propósitos de preservación digital.
- g) Autorizo que la obra sea puesta a disposición de la comunidad universitaria en los términos autorizados en los literales anteriores bajo los límites definidos por la universidad en las “Condiciones de uso de estricto cumplimiento” de los recursos publicados en Repositorio Institucional.

SI EL DOCUMENTO SE BASA EN UN TRABAJO QUE HA SIDO PATROCINADO O APOYADO POR UNA AGENCIA O UNA ORGANIZACIÓN, CON EXCEPCIÓN DEL CENTRO DE INFORMACIÓN TECNOLÓGICO (CENIT), EL AUTOR GARANTIZA QUE SE HA CUMPLIDO CON LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES REQUERIDOS POR EL RESPECTIVO CONTRATO O ACUERDO.